

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE 651

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 23 Juillet 1898, à 1 heure

Par GEORGES DESHAYES

Ancien interne suppléant de l'Hôtel-Dieu de Rennes,

Première Mention très honorable au Concours de Clinique 1891

Médecin de l'Assistance Médicale,

Médecin-Inspecteur de la Protection des Enfants du premier âge.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

PHLEGMONS PÉRI-ARTICULAIRES
DU GENOU

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

NELATON et THIERY, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

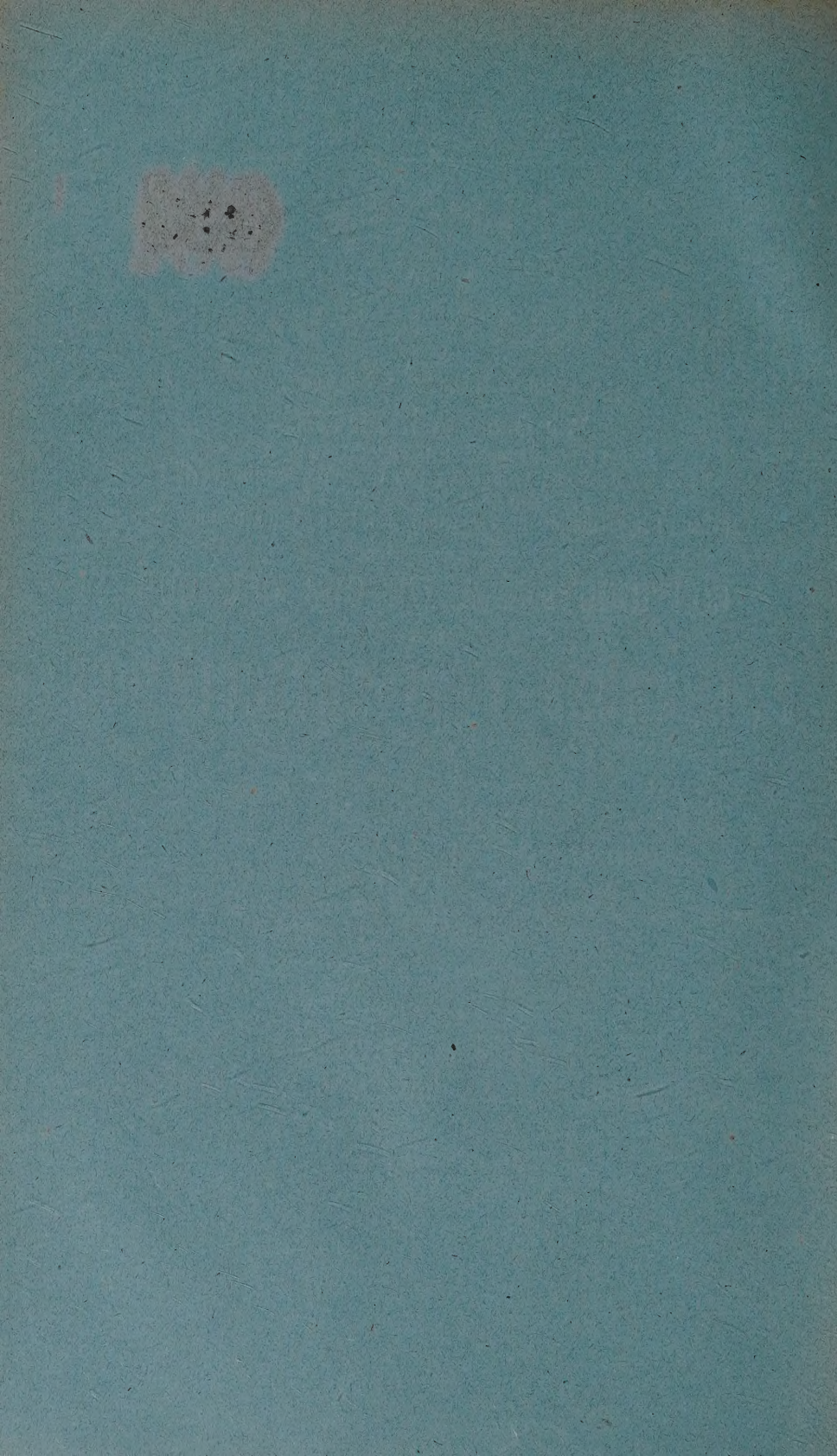
PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

POUR

N^o
651

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 23 Juillet 1898, à 1 heure

Par GEORGES DESHAYES

Ancien interne suppléant de l'Hôtel-Dieu de Rennes,
Première Mention très honorable au Concours de Clinique 1891

Médecin de l'Assistance Médicale,
Médecin-Inspecteur de la Protection des Enfants du premier âge.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DES

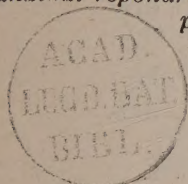
PHLEGMONS PÉRI-ARTICULAIRES
DU GENOU

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

NELATON et THIERY, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		DEBOVE.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....		TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		LABOULBÈNE.
		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LE DENTU.
		TILLIAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEY.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRÉ.	LEJARS.	SEBILÉAU.
BAR.	LETULLE.	THIERRY.
BONNAIRE.	MARFAN.	THOINOT.
BROCA.	MARIE.	TUFFIER.
CHARRIN.	MENETRJER.	VARNIER.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTHER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	travaux anatomi-	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	ques.	
	RETTERRER.	

Secrétaire de la Faculté : M. CH. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Membre de l'Académie de Médecine.

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

Chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

En choisissant pour sujet de ce travail les phlegmons péri-articulaires du genou, nous n'avons pas eu la pensée de décrire une entité morbide nouvelle. Depuis longtemps, en effet, les auteurs se sont occupés des suppurations avoisinant le genou et ils en ont donné des descriptions. Cependant ils nous a semblé que ce sujet pouvait être repris et qu'il était susceptible de prêter encore à quelques réflexions utiles. Notre attention a d'ailleurs été plus spécialement attirée sur cette question par ce fait que, dans notre pratique journalière, le hasard nous en a fourni un assez grand nombre d'exemples. Si l'étude de ces suppurations péri-articulaires phlegmoneuses a été faite, on n'en trouve cependant point de description didactique dans les auteurs classiques modernes, et pourtant la région elle-même et les rapports qu'elle présente donnent aux suppurations quelques caractères un peu spéciaux.

D'autre part, il est intéressant de se demander ce que devient après ces inflammations péri-articulaires, la

jointure fémoro-tibio-rotulienne si voisine. Si les guérisons paraissent définitives immédiatement, en est-il de même par la suite lorsque l'on examine les malades plusieurs semaines ou plusieurs mois après que les accidents aigus, ont pris fin ? Ce point spécial nous avons essayé de l'élucider ayant eu dans notre pratique le loisir de revoir les malades dont nous rapporterons les observations dans ce modeste travail.

Nous voudrions montrer aussi combien le praticien, à la campagne, rencontre souvent de difficultés, de par l'incurie des malades qui ne sont pas suffisamment instruits des notions les plus élémentaires de l'hygiène et qui ont gardé une sorte de vénération pour les empiriques malgré leurs méfaits et les accidents dont ils sont si souvent la cause.

Enfin nous étudierons ici dans leurs modalités diverses les différents phlegmons péri-articulaires du genou : après avoir essayé de les diviser logiquement nous étudierons leurs causes respectives. Ensuite nous nous occuperons des lésions anatomiques qui se rencontrent habituellement dans chaque cas : les symptômes de chacune des variétés nous arrêterons alors quelques instants ; et nous terminerons par le diagnostic et le traitement de ces affections. Mais pour bien nous rendre compte des complications qui peuvent s'observer au cours des divers phlegmons péri-articulaires du genou, nous devons commencer par un exposé succinct de l'anatomie de la région.

Avant d'entrer dans le détail de ce travail dont nous

venons d'esquisser à grands traits le plan général, nous sommes heureux de pouvoir adresser un public hommage de notre reconnaissance à tous ceux qui ont été nos maîtres dans la médecine et qui, au cours de nos études, nous ont permis de profiter de leurs savants enseignements et de leur précieuse expérience.

C'est vers nos Maîtres de l'École de Médecine de Rennes que nos souvenirs et notre cœur se reportent,

Que Messieurs les docteurs Bellamy, Dayot père, H. Dayot, Lefevre, Lhuissier, Perret, Perrin de la Touche, Petit et Regnault reçoivent l'assurance de notre profonde gratitude pour les leçons si pratiques qu'ils nous ont prodiguées et dont, à chaque instant, depuis cinq ans, nous faisons notre profit dans la clientèle.

Nous avons eu l'honneur d'être l'interne de M. le docteur Delacour, l'éminent directeur de l'École de Médecine de Rennes, et de M. le docteur C. Bruté de Rémur, professeur de clinique ophtalmologique. Que ces deux maîtres aimés nous permettent de les remercier : Nous avons puisé près d'eux de sages leçons qui feront toujours l'honneur de notre carrière médicale.

M. le docteur Aubrée a prodigué à notre famille ses soins éclairés et si dévoués, il a toujours été pour nous un maître bienveillant, qu'il agrée ici l'expression respectueuse de notre sincère gratitude.

Aux cours, à la clinique, nous avons suivi le précieux enseignement de M. le docteur Bertheux, bien

souvent dans notre pratique nous avons eu l'occasion de profiter de ses sages conseils, de ses grandes leçons ; il a voulu nous conserver sa bienveillance au delà de l'École et chaque jour nous apporte de nouvelles preuves de sa bonté ; aussi sommes-nous heureux de lui offrir l'hommage de notre respect, de notre reconnaissance et de notre affection.

Nous dédions aussi ces pages à M. le professeur Berger, il a bien voulu nous faire le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, nous lui demandons d'agréer notre profonde et très respectueuse gratitude.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE

Nous ne voulons pas écrire un chapitre d'anatomie fine, ni donner une description complète de l'anatomie du genou jusque dans ses menus détails. Nous voulons, seulement en quelques mots, rappeler à grand traits la disposition anatomique des tissus au niveau de cette jointure et déduire des rapports qu'ils affectent entre eux, quelques conclusions intéressantes au point de vue des inflammations et des suppurations.

La région du genou a été divisée en trois régions secondaires par M. le professeur Tillaux (1), dans son traité d'anatomie topographique :

La région antéro-latérale du genou ;

Le creux poplité ;

L'articulation du genou.

(1) *Tillaux*. — Traité d'anatomie topographique, p. 1013.

La première présente sur la ligne médiane la saillie rotulienne et au dessous d'elle un soulèvement produit par le tendon rotulien venant s'insérer à la tubérosité antérieure du tibia. De chaque côté de la rotule, et au dessus d'elle, les téguments s'affaissent et la région présente des méplats ou même de véritables dépressions.

Là nous trouvons successivement les plans suivants :

- 1° La peau ;
- 2° Le tissu cellulaire sous cutané ;
- 3° Une aponévrose d'enveloppe générale ;
- 4° Un second feuillet qui n'existe que sur les parties latérales :

Ce sont les ailerons rotuliens qui vont se porter en arrière.

À la partie inférieure on trouve, d'une façon à peu près constante, sous la peau, au devant de la tubérosité antérieure du tibia, une bourse séreuse bien développée, quelquefois au contraire à l'état rudimentaire, c'est la bourse séreuse prétiibiale. Elle a une grande importance dans la genèse des suppurations aiguës périarticulaires du genou. Quelquefois, elle communique avec une autre bourse séreuse : la bourse prérotulienne située en avant de la rotule.

L'aponévrose de la cuisse, descend au niveau du genou qu'elle enveloppe également. Elle se dédouble pour embrasser le tendon du quadriceps fémoral et descend devant la rotule dont elle est séparée (Tillaux) par la bourse séreuse prérotulienne. En bas

cette aponévrose se fixe sur la tête du péroné et sur les tubérosités interne et externe du tibia, puis elle descend pour se continuer avec l'aponévrose jambière inférieurement. Elle est renforcée sur les parties latérales par des fibres aponévrotiques venues du quadriceps et surtout du tenseur du fascia lata, qui en dehors la rend très dense et très résistante. Au niveau de l'angle supéro-externe de la rotule on trouve encore une petite bourse séreuse inconstante cette fois, qui a été décrite par Padieu (1).

En bas on trouve aussi une autre bourse séreuse à la partie postéro-inférieure du tendon rotulien.

Sur la rotule, à la partie supérieure, vient s'insérer le quadriceps fémoral, dont les fibres les plus superficielles passent par dessus l'os en s'entremêlant aux fibres du périoste; quelques-unes peuvent être suivies jusqu'à la partie inférieure où elles se continuent avec le tendon rotulien. C'est en se basant sur cette disposition que les auteurs ont pu considérer la rotule comme un os sésamoïde développé dans le tendon inférieur du quadriceps.

Sous le quadriceps, au dessus de la rotule on voit en bas le cul-de-sac supérieur de la synoviale du genou qui est lâche et sur lequel viennent s'insérer les fibres les plus inférieures du muscle sous-crural, ou tenseur de la synoviale articulaire. Ce cul-de-sac synovial communique très souvent avec une bourse séreuse

(1) Padieu. — Cité par Tillaux, loco citato, p. 1017.

située au dessus, la bourse séreuse sous-quadricipitale.

A la partie interne du genou on voit encore passer sous l'aponévrose, les muscles qui viennent s'insérer sur le tibia pour former la patte d'oie : le couturier d'abord vient occuper l'insertion la plus antérieure, tandis qu'en arrière de lui se trouvent superposés sur une même ligne verticale le droit interne et le demi-tendineux. Ces muscles sont séparés du couturier par une bourse séreuse et de l'os par une seconde bourse synoviale analogue qui remonte suivant la direction des tendons.

Quant aux ailerons rotuliens, ils sont représentés, nous dit M. le professeur Tillaux, par deux lames triangulaires qui émanent des bords du tendon rotulien, s'insèrent fortement sur les bords latéraux de la rotule où ils sont très épais, de là, ils se portent en arrière, contournent les condyles et se fixent sur la capsule fibro-cartilagineuse à laquelle s'attachent les muscles jumeaux.

M. Poirier (1) donne des plans fibreux une description un peu différente. Il distingue trois plans aponévrotiques à la partie antéro-latérale du genou ; ce sont les suivants :

1° L'Aponévrose fémorale.

« L'aponévrose fémorale recouvre tout le genou,

(1) *Poirier*. — Traité d'anatomie humaine, t. I, p. 683.

« passant au devant de la rotule et du ligament rotu-
« lien. En dedans elle est mince et se fixe en partie au
« condyle interne du tibia, tandis qu'elle va d'autre
« part se confondre avec l'expansion du couturier et
« de l'aponévrose jambière; en dehors, elle forme une
« couche très épaisse qui représente le tendon du ten-
« seur du fascia lata et vient se fixer à la tête du
« péroné au condyle tibial externe et surtout au tuber-
« cule de Gerdy. Au devant du tendon rotulien ces
« parties externe et interne de l'aponévrose d'enve-
« loppe s'unissent par des fibres arciformes qui bri-
« dent le tendon sur lequel elles se meuvent par l'in-
« termédiaire d'un tissu séreux, transformé en une
« séreuse véritable au niveau de la face antérieure de
« la rotule. »

Remarquons, en passant, que cette manière de voir rend assez bien compte de la communication fréquente entre les bourses séreuses prétiibiale et prérotulienne, et de la facilité avec laquelle les inflammations de l'une se propagent à l'autre.

2° Les expansions des vastes.

« Au dessous de l'aponévrose on trouve un deuxième
« plan fibreux formé par les expansions des vastes.
« Du bord inférieur de chacun des vastes se détache
« un feuillet aponévrotique qui passe au-devant de la
« partie supérieure de la rotule sur laquelle les deux

« expansions tendineuses s'entrecroisent pour aller se
« fixer, celle du vaste externe sur la partie interne du
« rebord tibial, celle du vaste interne sur la partie
« externe de ce rebord au niveau du tubercule de
« Gerdy et par quelques fibres directes à la partie
« interne du plateau tibial ».

Ce plan de fibres entrecroisées séparerait donc la bourse séreuse prérotulienne de la bourse supérieure sous-tricipitale et contribuerait à protéger cette dernière.

3° Les ailerons rotuliens.

« La troisième couche fibreuse est formée par des
« lamelles transversales qui vont des bords latéraux
« de la rotule à la face cutanée de chaque condyle :
« ces lamelles ont reçu le nom d'ailerons rotuliens.

« L'aileron externe, peu distinct, difficile à séparer
« de l'expansion tendineuse qui le recouvre et lui
« adhère intimement, part du bord externe de la rotule
« et se confond après un trajet d'un centimètre avec
« l'expansion aponévrotique qui recouvre le condyle
« externe.

« L'aileron interne, beaucoup plus fort, assez facile
« à dégager parce qu'il adhère moins à l'expansion
« qui le recouvre rayonne du bord interne de la rotule
« vers la face cutanée du condyle interne sur laquelle
« il s'insère en arrière de l'insertion du ligament late-

« ral interne ; là, il existe souvent une petite bourse
« sèreuse. »

Cette description, sans doute très précise et minutieuse présente plutôt un intérêt anatomique et importe moins au point de vue pathologique, nous semble-t-il.

Il nous reste enfin à rappeler en quelques mots la disposition de la région postérieure, c'est-à-dire du creux poplité. Cette région lozangique, a deux côtés supérieurs plus longs que les inférieurs. Son fond est formé par la face postérieure du fémur et du tibia, surtout par la surface poplitée du fémur par le ligament postérieur de l'articulation du genou et par le muscle poplité. Ses côtés latéraux sont formés en bas par les deux muscles jumeaux et le plantaire grêle quand il existe. En haut ils sont représentés par le tendon du biceps fémoral en dehors, par les tendons du demi-membraneux et du demi-tendineux en dedans. Dans cette excavation on trouve de la graisse, des vaisseaux et des nerfs, des lymphatiques. L'artère poplitée descend de l'anneau du troisième adducteur à celui du soléaire, elle est profonde, interne et antérieure par rapport à la veine poplitée qui l'accompagne dans son trajet. Le nerf sciatique qui, à la partie supérieure, est en arrière et en dehors des vaisseaux se divisent en sciatique poplité interne et en sciatique poplité externe. Ce dernier se porte en dehors, suivant le tendon du biceps, tandis que le premier descend en continuant le trajet primitif du tronc nerveux. Autour

des vaisseaux surtout à la partie supérieure se trouvent quelques ganglions lymphatiques (2 ou 3 seulement). Le couvercle de cette région postérieure est formé par l'aponévrose d'enveloppe générale ; sur la ligne médiane et dans un dédoublement de celle-ci (Chrétien), se trouve la veine saphène externe qui, vers le milieu de la hauteur du creux poplité, décrit une crosse et achève de perforer l'aponévrose pour venir en avant s'ouvrir directement dans la veine poplitée. Au-dessous de cette crosse se trouve un ganglion lymphatique, et les fibres aponévrotiques ont une direction arciforme à concavité supérieure formant un épaississement, une sorte de ligament falsiforme sous la crosse veineuse analogue au ligament d'Allan-Burns que forme l'aponévrose fémorale sous la crosse de la veine saphène interne au niveau du triangle de Scarpa.

Au niveau de cette région postérieure et dans le fond de la loge, se trouvent encore les bourses séreuses du demi-membraneux et du poplité, ainsi que celle des jumeaux, tandis qu'en dehors on trouve celle du biceps.

Ces bourses séreuses dans la description desquelles nous ne saurions entrer ici, ont été détaillées d'une façon très précise et étudiées avec soin par M. Poirier. Enfin, pour terminer, le couvercle du creux poplité formé par l'aponévrose se trouve être doublé par le tissu cellulaire sous-cutané et par la peau, qui n'ont ici rien de spécial.

Telle est, d'une façon générale et succinctement résumée, la disposition anatomique des parties molles au niveau de l'articulation du genou.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les phlegmons péri-articulaires du genou sont, au moins dans la clientèle rurale, des affections relativement fréquentes ; ils représentent d'après nos recherches environ six pour cent des maladies inflammatoires chirurgicales.

Les phlegmons en général se présentant dans une proportion de seize à dix-huit pour cent des cas inflammatoires chirurgicaux, on trouve un phlegmon péri-articulaire du genou pour trois phlegmons quelconques.

A la campagne, les causes occasionnelles d'infection dans cette région sont nombreuses ; on les rencontre surtout chez des gens qui se livrent à des travaux rudes et pénibles (laboureurs, moissonneurs, carriers, fendeurs d'ardoises, émondeurs, coupeurs d'ajones,

bûcherons, jardiniers, etc., etc.), soit que l'inflammation survienne par suite de la fatigue du genou, à cause de la position occupée pendant le travail, soit que, par le fait aussi de cette situation, le genou se trouve plus exposé aux traumatismes que les autres régions.

C'est le plus souvent à la suite de plaies, de contusions du genou ou de chute sur cette région que le phlegmon prend naissance ; son évolution est d'ailleurs sollicitée par le manque de soins, de propreté, et surtout par le défaut de précautions antiseptiques chez les gens de la campagne qui ne savent pas s'astreindre aux lavages et à l'asepsie des plaies même insignifiantes en apparence et capables pourtant d'entraîner de graves conséquences locales et générales.

Les hygromas sont aussi des causes assez fréquentes de phlegmon du genou ; ils peuvent servir de *locus minoris resistantiæ* et, offrant un terrain favorable à la culture microbienne, suppurer, puis devenir le point de départ d'un véritable phlegmon, lorsque le pus aura rompu la barrière que lui offrait la bourse séreuse. — N'est-ce pas ainsi que l'on voit à la suite d'une petite plaie infectée se produire une lymphangite, une suppuration d'un hygroma préexistant, et enfin un phlegmon du genou ?

De même, les écorchures et les plaies infectées du talon et de la partie postérieure de la jambe, déterminent de la lymphangite qui devient le point de départ des adenites et des adéno-phlegmons du creux poplité.

Nous nous trouvons ramené, dans tous les cas, à la cause primitive, aujourd'hui bien démontrée et sûrement établie, la pénétration d'un agent septique, l'infection microbienne. Nous savons en effet que c'est la condition première des suppurations, et même dans les cas où un examen minutieux ne nous permet pas de découvrir la porte d'entrée bactérienne, nous devons presque toujours en conclure que cette porte d'entrée est infime, parfois actuellement refermée, mais que, visible ou non pour l'œil du clinicien, elle a existé d'une façon certaine.

Les causes prédisposantes sont nombreuses; nous rappellerons seulement sans y insister, le diabète, l'albuminurie, les fièvres infectieuses graves, les affections du foie, des reins, du cœur, etc..., le surmenage, les fatigues excessives; enfin l'alcoolisme si répandu actuellement dans nos campagnes.

Les conditions d'hygiène défectueuse ne sont pas non plus sans importance: ce sont surtout dans notre contrée, la nourriture défectueuse et insuffisante, les habitations humides et froides, trop souvent étroites, mal éclairées, et dans lesquelles la malpropreté se joint au défaut d'aération.

Ces conditions hygiéniques défectueuses sont tellement manifestes et accentuées qu'elles se traduisent souvent par l'infection tuberculeuse. Nous avons recueilli, bien que cela n'intéresse pas directement notre sujet, la statistique suivante qui a son intérêt local, **car** elle porte sur une durée de cinq années :

Population 2.489 — Commune de Mur.

ANNÉES	TOTAL DES DÉCÈS	AU-DESSOUS DE 10 ANS	DE 10 A 60 ANS	AU-DESSUS DE 60 ANS
1893	65	15 } 2 tuberculoses pulmonaires. 1 méningite tuberculeuse.	23 } 4 tuberculoses pulmonaires. 1 méningite tuberculeuse.	27 } Pas de tuberculose.
1894	46	14 } 1 tuberculose pulmonaire. 2 méningites tuberculeuses.	17 } 7 tuberculoses pulmonaires.	15 } 1 tuberculose pulmonaire.
1895	49	8 } 2 tuberculoses pulmonaires.	21 } 10 tuberculoses pulmonaires.	20 } Pas de tuberculose.
1896	57	17 } 1 tuberculose pulmonaire. 3 méningites tuberculeuses.	23 } 12 tuberculoses pulmonaires. 1 méningite tuberculeuse.	17 } 2 tuberculoses pulmonaires.
1897	38	17 } 2 tuberculoses pulmonaires.	10 } 8 tuberculoses pulmonaires.	11 } Pas de tuberculose pulmonaire.

Quant à l'alcoolisme, il produit des ravages encore bien plus évidents et nous avons vu en particulier une enfant de cinq ans mourir d'accidents alcooliques. Le père, alcoolique renforcé, menait son enfant boire avec lui et la forçait à absorber des boissons alcooliques. Ne devrait-on pas par des lois bien comprises pouvoir empêcher de pareils abus, dont les conséquences sont excessivement graves au point de vue social en particulier.

En résumé, dans l'étiologie des phlegmons du genou, nous voyons une cause primordiale constante la pénétration d'un germe infectieux par une voie quelconque proche ou éloignée, visible ou non, mais constante; et d'autre part, des causes prédisposantes et occasionnelles multiples. Dans certaines circonstances, une tumeur blanche du genou, arrivée à la période des abcès froids péri-articulaires peut s'accompagner de phénomènes inflammatoires aigus par infection secondaire de ces abcès; nous en avons rapporté un exemple dans nos observations; l'abcès changé d'aspect, prend une apparence chaude et phlegmoneuse, mais ces cas rentrent plutôt dans l'histoire des tuberculoses du genou que dans celle des phlegmons de cette région, nous n'y insisterons pas davantage.

En terminant ce chapitre, nous remarquerons que les phlegmons du genou se rencontrent surtout pendant l'âge moyen de la vie chez l'adulte. En outre, comme à la campagne, dans cette contrée, les femmes

se livrent à des travaux aussi rudes que ceux des hommes, elles sont exposées aux mêmes traumatismes, aux mêmes affections, et le phlegmon du genou se présente à peu près avec la même fréquence dans les deux sexes.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous ne dirons ici que quelques mots d'anatomie pathologique. Son étude a été faite : elle ne diffère pas au genou de ce qu'elle est dans les autres régions.

On aura donc dans une première phase un gonflement inflammatoire sans fluctuation, avec une infiltration d'exudats séro-fibrineux, rosé ou gelée de groseilles, dans le tissu cellulaire. On y trouve de nombreux leucocytes sortis par diapedèse des petits vaisseaux voisins et des êtres uni-cellulaires, les microbes de l'infection, qui sont en lutte. Les éléments du tissu conjonctif entrent bien eux aussi, comme l'a dit Virchow, en prolifération, mais cette dernière ne représente pas à elle seule toutes les origines des cellules embryonnaires que l'on voit infiltrer le tissu.

Bientôt le pus se forme et se collecte mais chez les débilités surtout, dont l'organisme ne peut opposer une résistance sérieuse à l'invasion microbienne, il se limite mal et incomplètement ; on voit dans ces circonstances des fusées purulentes s'en aller vers les parties voisines et quelquefois à une assez grande distance.

Du point où l'infection a pris naissance, on peut encore observer des cordons de lymphangite aiguë ou subaiguë, véritables lymphangites infectieuses qui tantôt aboutissent au creux poplité, le plus souvent se rendent au pli de l'aîne. C'est alors que l'adénite se produit.

Les ganglions sont infectés : ils s'enflamment, donnent naissance à une nouvelle suppuration, à un adéno-phlegmon.

Les parties voisines du genou se ressentent naturellement du contact du foyer infecté. Les bourses séreuses, si elles n'ont pas été le point de départ de l'infection, pourront se congestionner, s'enflammer.

Enfin, quand le traitement chirurgical n'est pas institué à temps, comme cela est si fréquent à la campagne, en dépit des conseils et des exhortations du médecin, l'articulation peut se ressentir de l'infection et parfois même y participer. Ce sera là une complication très grave, mais heureusement assez rare ; l'arthrite purulente sur les lésions anatomiques de laquelle nous n'avons pas à insister ici.

Lorsque la collection purulente s'est faite et qu'une

incision donne issue au pus, on voit que ce liquide est contenu dans une poche épaisse, dure, congestionnée, que les anciens auteurs appelaient la membrane pyogène. Nous savons aujourd'hui que cette sorte de poche n'est due en réalité qu'au tassement des tissus refoulés vers la périphérie et infiltrés de sérosités et de cellules embryonnaires proliférées. Cette poche est souvent irrégulière, cloisonnée par des tractus fibreux ou des vaisseaux, présentant des prolongements diverticulaires dans plusieurs directions.

Enfin quand la résolution a lieu, ou lorsque la guérison survient après l'incision, il persiste souvent, pendant assez longtemps, de la roideur articulaire, et de la gêne dans les mouvements et la fonction du membre. Il reste en effet des traces de l'inflammation antérieure, le tissu embryonnaire s'organise en tissu fibreux et peut produire par sa rétraction une véritable gêne fonctionnelle.

Cela s'observe le plus souvent chez des sujets arthritiques et rhumatisants chroniques, dont l'infection locale réveille en quelque sorte la diathèse.

Ce ne sont pas là cependant des lésions définitives et des soins bien compris, un massage régulier, etc., ramènent la souplesse de la jointure et sa liberté de mouvements.

Ajoutons enfin que chez les prédisposés surtout, cette inflammation chronique crée un véritable lieu de moindre résistance où le bacille de la tuberculose pourra facilement élire domicile, le cas échéant.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES ET MARCHÉ

Les notions étiologiques que nous avons rappelées dans un précédents chapitre, nous permettent déjà de prévoir que le début est très variable suivant les cas.

Il peut être brusque ou insidieux : tantôt en effet, quelque soit la cause, l'organisme réagit vigoureusement contre l'infection et le début a lieu par des symptômes généraux, de la douleur locale et l'apparition d'un gonflement franchement inflammatoire.

Dans d'autres cas, après le traumatisme, il se fait un épanchement sanguin péri-articulaire, comme Flendrois (1) en a signalé dans sa thèse, et l'infection

(1) *Flandrois*. — Thèse de Paris, 1896 ; des Epanchements périarticulaires dans les traumatismes du genou.

s'y installe ensuite d'une façon lente et plus insidieuse.

Tantôt encore le début se fait par l'infection d'un hygroma préexistant, et c'est peu à peu que l'infection se propage aux tissus voisins, franchissant la barrière formée par la paroi de la synoviale.

Mais une distinction plus importante est à établir suivant le siège, on peut diviser à ce point de vue les phlegmons du genou, en phlegmons antéro-latéraux et en phlegmons postérieures ou poplités. Tandis que les premiers sont des phlegmons véritables, auxquels s'applique surtout ce que nous venons de dire précédemment, les seconds sont dans l'immense majorité des cas des adénos-phlegmons. On aura alors une première phase d'adénite, suivie de l'adéno-phlegmon.

1° *Phlegmons antéro-latéraux.* — Cette variété est de beaucoup la plus fréquente et elle se révèle par les caractères suivants, quelque soit d'ailleurs son mode de début.

Le malade ressent une douleur généralement assez vive avec une sensation de chaleur et de tension au niveau du genou, cette douleur gêne ou empêche les mouvements de flexion complète et d'extension absolue, la pression, même le simple contact, l'exagèrent.

Si l'on regarde le genou, on le trouve considérablement déformé. La tuméfaction est accentuée ;

elle peut être générale, passer jusqu'à la région postérieure et effacer le creux poplité quand le phlegmon est superficiel ; s'ils est profond au contraire, la tuméfaction reste limitée aux parties antéro-latérales. La rotule disparaît ainsi que les dépressions qui existent au dessus d'elle et de chaque côté. Le gonflement s'étend même plus bas, masque le tendon rotulien et comble les dépressions qui normalement se trouvent de part et d'autre.

En somme le genou prend une forme cylindrique dans son ensemble ou bien la forme d'un demi-cylindre en avant. Les téguments sont rouges, œdématisés à ce niveau ; la palpation donne la sensation de résistance générale, avec des points ramollis et fluctuants, qui occupent l'un ou l'autre côté de la rotule. Parfois on peut sentir la fluctuation en plusieurs endroits, en avant et en arrière, lorsque le pus a envahi tout le pourtour du membre ; c'est véritablement alors le phlegmon large si bien décrit par M. le professeur Tillaux.

L'Etat général est à ce moment très variable ; chez certains sujets il est très accentué, on observe une élévation thermique assez grande, un pouls fréquent, une langue saburrale. L'appétit disparaît et les malades ont des transpirations abondantes. Le délire peut même être observé ; chez les alcooliques il peut alors revêtir la forme si spéciale du *délirium tremens*. — Chez d'autres malades, les phénomènes généraux font

presque complètement défaut, à part un certain degré d'anorexie qui s'explique facilement.

D'autres enfin, déprimés, déjà malades et épuisés d'avance, loin de réagir violemment comme les premiers sont au contraire plongés dans une sorte de prostration et d'abattement général qui témoignent de la facilité et de la rapidité avec lesquelles ces sujets se laissent infecter par les toxines microbiennes ; chez eux les manifestations de lutte et de défense sont à peu près nulles.

La marche vers la suppuration continue, le pus se collecte et produit des décollements plus ou moins étendus comme nous le verrons dans nos observations. Enfin il tend à se faire jour au dehors : la peau s'amincit en un ou plusieurs points, et si l'intervention active ne débride pas ces tissus, l'ouverture spontanée se fera ; mais elle sera insuffisante pour assurer l'écoulement du pus.

2° *Adéno-phlegmon postérieur ou poplité.* — Ici se sont les ganglions de la régions poplitée qui sont primitivement infectés. On aura donc une première phase d'adénite. Le malade souffre dans la flexion ou l'extension et la pression à ce niveau est très pénible au palper, on perçoit un empâtement profond, en rapport avec la situation même des ganglions qui accompagnent le paquet vasculo-nerveux.

Bientôt la péri-adénite survient, l'empâtement s'accroît, le creux poplité s'efface et devient saillant,

toute la région est dure et tendue ; la peau est chaude, mais elle ne prend que tardivement la coloration rouge inflammatoire, car le pus de l'adéno-phlegmon qui s'est formé est fortement bridé par la résistante aponévrose d'enveloppe qui ferme superficiellement l'excavation poplitée. — Enfin la fluctuation apparaît, mais elle est d'abord profonde et demande à être recherchée avec soin. — Là encore, il importe d'intervenir au plus tôt car le pus fusera au loin en suivant la gaine des vaisseaux.

L'aponévrose peut cependant se perforer donnant naissance ainsi à un abcès en bouton de chemise qui s'ouvrira à l'extérieur, mais qui n'est en tous cas qu'une issue très insuffisante pour la collection profonde. Il est donc indispensable ici comme tout à l'heure d'intervenir le plus tôt possible par une large incision.

Complications. — Un certain nombre de complications graves peuvent survenir au cours des phlegmons péri-articulaires du genou. Nous signalerons d'abord la plus fréquente de toutes, la lymphangite suivie d'adénite inguinale et d'adéno-phlegmon consécutif. Nous avons plusieurs fois observé cette complication dès le premier jour où nous avons examiné nos malades ; mais il est vrai qu'à la campagne, ces sujets ne s'arrêtent et ne viennent consulter que tardivement et après avoir tenté des traitements bizarres et irrationnels qui n'ont pour effet que de favoriser l'infec-

tion à distance. Si donc cette complication d'adénite et d'adéno-phlegmon de l'aine n'est pas fréquemment observée en ville, dans les hôpitaux, elle est à la campagne assez commune au contraire.

La participation des bourses séreuses du genou est aussi très fréquente mais ne constitue pas à proprement parler une complication, puisque nous l'avons vu, l'infection peut débiter par une bourse séreuse elle-même et dans ces conditions, le phlegmon, véritablement secondaire, serait plutôt une complication d'un hygroma aigu ou chronique.

Le phlegmon péri-articulaire du genou peut aller plus profondément et se compliquer d'arthrite purulente. Cette complication dont la gravité n'échappe à personne est heureusement fort rare. En effet, l'articulation est assez bien partagée sur les parties latérales et antérieures par la rotule et ses ailerons, et en arrière par l'épais ligament postérieur de l'articulation du genou. Lorsque l'infection se propage à la synoviale articulaire, c'est d'ordinaire après avoir passé sous le ligament rotulien en remontant sous la rotule. Ou bien, le pus aura envahi la bourse séreuse sous quadricipitale, et, celle-ci, comme on le sait, communique fréquemment avec la synoviale articulaire : l'arthrite suppurée sera la conséquence immédiate et grave.

Les phlegmons postérieurs se compliquent aussi d'accidents très sérieux en particulier du côté du paquet vasculo-nerveux du creux poplité.

Enfin et surtout lorsque des incisions libératrices ne sont pas venues à temps donner issue au pus celui-ci fuse dans toutes les directions, envahit la jambe très souvent, atteint quelquefois le pied, remonte même le long de la cuisse, et occasionne ainsi un phlegmon général de tout le membre : les suites de cette infection qui peut devenir générale sont terribles et mettent alors la vie du malade en danger.

A côté de ces complications immédiates, il en est une autre tardive, non moins importante, nous voulons parler des raideurs péri-articulaires qui peuvent persister plus ou moins longtemps après la cicatrisation du foyer incisé. Cette raideur due aux reliquats de l'inflammation péri-articulaire, nous la retrouvons dans sept cas sur vingt-une observations. Tantôt elle est peu marquée et cède facilement à un traitement approprié : elle disparaît en quelques semaines ; tantôt au contraire, elle se montre avec une plus grande intensité et dure pendant des mois : il y a là sans doute à invoquer aussi une influence d'ordre général, une véritable prédisposition individuelle. Nous avons remarqué en particulier que les arthritiques, les rhumatisants y ont une tendance toute spéciale ; on sait du reste que chez eux les tissus embryonnaires et inflammatoires s'organisent en tissu fibreux et rétractiles avec une grande facilité. Est-ce dire que chez ces sujets, la roideur doit persister et entraîner une gêne fonctionnelle définitive ? Non, sans doute. Aucun de nos malades n'a vu persister cette roideur au delà de

quelques mois, et nous croyons que dans la grande majorité des cas, les massages, les bains de vapeur, les douches sulfureuses, etc., etc., viennent à bout de ces accidents. Mais il faut néanmoins en tenir compte.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Personnelle).

Phlegmon antéro-latéral externe du genou avec adénite de l'aîne, consécutif à une morsure de chien. Incision. Guérison.

M. X..., 18 ans, domestique de ferme.

Antécédents personnels. — Bonne santé antérieure, vigoureux, forte constitution.

Antécédents héréditaires. — Père cultivateur, alcoolique ; mère, deux frères, quatre sœurs et collatéraux sains.

Histoire. — En franchissant une barrière, le malade est mordu au genou droit par un chien de taille moyenne non atteint d'hydrophobie dont les dents traversent la peau en trois places différentes : deux trous profonds au dessus de la rotule, un autre moins prononcé et plus bas sur le côté externe du genou (morsure oblique). Douleur vive et gonflement rapide ; mais le malade continue ses occupations jusqu'au soir. Dans

la nuit, les douleurs augmentent et deviennent très vives; le malade applique de lui-même huit sangsues tout autour du genou. Soulagement léger; dans l'après-midi, il applique toujours de lui-même des cataplasmes de son de seigle : la douleur augmente, la tuméfaction s'accroît, de violents frissons surviennent, un peu de délire.

Le lendemain matin, nous le voyons environ 40 heures après la morsure. Nous le trouvons abattu après une nuit d'agitation, le pouls à 120, la température à 39°2. Langue saburrale, anorexie complète, constipation. Le malade, quoique très courageux, se plaint de violentes douleurs de tête et surtout de lancements très forts dans le genou. Ce dernier présente sur toute la région antéro-externe, au dessus et tout autour de la rotule, mais principalement en dehors de cette dernière une tuméfaction très accentuée, rouge violacée, atrocement douloureuse à la pression la plus légère, de consistance molle, dépressible, sans rebondissement. Quelques mouvements de flexion et d'extension du genou sont possibles sans douleur marquée. En haut de la tuméfaction, à quelques centimètres de distance se voient deux trous, sur le bord externe et plus bas, plus distant aussi, est un autre trou moins grand. De ces trois trous aux contours violacés, ecchymotiques, s'écoule en suintant un liquide jaunâtre strié de sang. Autour de la tumeur se voient les piqûres des sangsues appliquées par le malade. Quoique ne trouvant nulle trace de suppuration, nous ouvrons très largement par une incision partant du trou supérieur et allant à l'inférieur : nous faisons ainsi une plaie de 6 centimètres de long assez profonde dans un tissu gélatineux et sanguinolent d'où s'écoule de la sérosité jaunâtre et une assez grande quantité de sang. Nous ouvrons ainsi prématurément pour donner issue aux liquides septiques, pour soulager la douleur et surtout éviter une infection plus grande : les symptômes généraux et une adénite de l'aine nous faisant craindre

de graves complications. Nous désinfectons soigneusement à l'eau phéniquée forte, ce que le patient très courageux supporte bien. Puis nous recouvrons le genou de compresses antiseptiques de la façon que nous avons indiquée au traitement. Sulfate de soude 40 grammes comme purgatif. Cachets de sulfate de quinine à 25 centigrammes l'un : trois par jour.

Bouillon, lait, eau vineuse, thé au rhum.

Nous revoyons le malade deux jours après : le genou est en pleine suppuration, on est obligé de changer de compresses et de laver la plaie toutes les deux heures. Cependant le genou reste tuméfié ; par ailleurs, rien de remarquable à signaler dans son aspect. L'état général est meilleur ; presque plus de délire, température 37°8, pouls 92, encore un peu d'insomnie. Nous continuons le même traitement, sauf la purgation, et permettons une nourriture légère au malade qui la réclame. L'adénite de l'aine n'a pas changé.

Nous retournons le surlendemain : le genou a beaucoup diminué de volume ; la suppuration, beaucoup plus fluide, continue à se faire très facilement. Les douleurs sont insignifiantes. Adénite toujours semblable comme volume, mais plus douloureuse : nous incisons et traitons comme le genou.

Deux jours après, la suppuration a diminué beaucoup ; au lieu de 45 centimètres à son plus grand axe, le genou n'a plus que 38 centimètres de circonférence. Le ganglion vidé ne demande qu'à se cicatriser. Nous lavons l'une et l'autre plaie à la liqueur de Van Swieten, nous nettoyons profondément et laissons un drain dans la plaie du genou. Pansement sec iodoforme compressif.

La semaine suivante, trois jours après la précédente visite, nous enlevons le drain : le pansement est à peine sali, l'état général excellent, les plaies en voie de cicatrisation.

Quelques jours après, tout est refermé ; nous laissons de la ouate sur le genou et permettons au malade de se lever.

Enfin, cinq jours plus tard, le malade vient à pied chez nous, malgré notre défense, pour nous faire constater sa guérison. Il prétend ne pas souffrir et marche très bien : il ne semble nullement disposé à se soumettre au repos.

Par la suite, il a repris ses occupations et sa vie ordinaire. Nous ne l'avons pas revu, car il a succombé à Madagascar. On nous a cependant dit qu'il ne ressentait rien lorsqu'il a quitté ses foyers deux ans après son phlegmon.

Nous ignorons la cause de son décès.

OBSERVATION II (Personnelle).

*Phlegmon antéro-latéral externe du genou, de cause inconnue.
Adénite de l'aîne consécutive. Incision. Guérison.*

Mademoiselle X..., 27 ans, journalière.

Antécédents personnels. — Régée à 15 ans. Fièvre muqueuse à 12 ans, fut deux mois malade. Depuis bonne santé et présentement aucune maladie ni infirmités.

Antécédents héréditaires. — Pas de renseignements sur le père. Mère morte à 24 ans d'épuisement (probablement tuberculeuse). Fille unique, Collatéraux peu connus.

Histoire. — Nous voyons la malade le 8 juillet 1883 et, quoique souffrant beaucoup elle a franchi à pied la distance de 4 kilomètres. Genou gonflé dans toute la région circum rotulienne, douloureux mais fléchissant assez facilement. La tuméfaction descend beaucoup au-dessous de la rotule du côté externe du genou droit, et entoure le condyle du fémur qui est complètement effacé. La tumeur est piriforme : le sommet correspondant à la rotule et la partie renflée au condyle. A ce niveau la peau est lisse, tendue, et l'on sent manifestement la fluctuation.

La malade nous dit que, souffrant depuis quelques jours, elle a appliqué sur le mal des cataplasmes de son de seigle et que la douleur est moins intense. Voyant que cela ne supprimerait pas elle venait chercher des « herbes » pour obtenir ce résultat.

Il nous est impossible de connaître la cause du mal; la malade prétend ne jamais se tenir habituellement sur les genoux, cependant elle reconnaît qu'elle s'appuie de préférence à droite lorsque son travail exige qu'elle s'agenouille. D'un autre côté, la peau est épaisse, écailleuse au-dessous de la

rotule mais ce point ne semble pas devoir être suspecté comme origine du mal attendu qu'il est presque contourné par l'inflammation qui l'a rejeté en dedans pour se diriger en dehors. La malade dit qu'il est possible qu'elle se soit heurtée au mise à genoux brusquement mais elle se souvient de rien. Le mal est venu spontanément en quelques jours. C'est tout ce que nous obtenons comme renseignements.

Très peu de réaction générale; la malade mange bien, dit-elle, et souffre modérément. Elle a eu de la fièvre et une soif vive les jours précédents, mais à présent sauf la douleur à la marche et la tuméfaction elle se trouve bien. Température 37°6, pouls 89. L'état général bon par ailleurs.

Nous la décidons avec peine à accepter une incision. Nous fendons en pleine tuméfaction dirigeant notre bistouri du bord externe de la rotule au-dessous du condyle externe. Le pus s'écoule à flots et la poche se vide presque complètement. Nous lavons, nettoignons, plaçons un drain et, voyant la poche très propre, nous essayons la réunion par premières intention. Pansement sec.

Nous faisons reconduire la malade en voiture et ordonnons le repos absolu au lit.

Le 12 au matin elle vient à pied nous trouver, force nous est d'enlever notre pansement. La suppuration continue : il est grand temps de laver et de panser la plaie. Nous apprenons alors que la malade s'est levée chaque jour; elle vient nous trouver non parce qu'elle souffre mais pour savoir « où elle en est ».

Le lendemain nous nous rendons chez la malade et la trouvons au lit. Nous nettoignons soigneusement la plaie, changeons le pansement et ordonnons le repos absolu. Nous plaçons près d'elle une personne de confiance pour veiller.

Le 17 nous retournons près de la malade qui souffre maintenant de l'aine et présente une adénite qui n'existe que depuis

le 14 ou 15 puisque le 13 lorsque nous la quittâmes elle n'avait rien de ce côté. Le genou a peu suppuré. Nouvelles récriminations pour l'incision du ganglion. Mais il existe de la fièvre — 38°5, pouls 104 — céphalée, surtout une douleur lancinante dans l'aîne qui la décide à accepter l'intervention. Les plaies de l'aîne et du genou sont nettoyées à l'eau phéniquée forte et nous appliquons un pansement sec que nous renouvelons le 20, puis le 25. Enfin le 30 tout est cicatrisé et guéri les symptômes généraux étant tombés aussitôt après notre visite du 17.

Par la suite le genou reprend son volume normal, 36 centimètres de circonférence au lieu de 42. Il est resté un peu de gêne à la marche pendant un mois. Mais depuis cette époque jusqu'au 12 août 1897, moment où je revois la malade, elle ne s'est ressenti de rien et marche parfaitement.

OBSERVATION III (Personnelle).

Plegmon du genou. Récidive. Plegmon large de Tillaux.

Incisions. Lavages. Guérison

M. X..., 64 ans, terrassier.

Antécédents personnels. — A eu la fièvre d'Afrique à 28 ans, Fièvre typhoïde à 35 ans, Bronchite à 48 ans.

Antécédents collatéraux et descendants. — Femme rhumatismante. Frères et sœurs sains. 5 filles robustes, 1 fils alcoolique.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 79 ans congestion pulmonaire. Mère décédée à 45 ans dysenterie.

Histoire. — Il y a douze ans a été pris d'un « coup de sang » au genou droit à la suite de la piqûre d'une épine qui était entrée dans le genou près de l'angle inféro-interne de la rotule. (On voit encore la marque). A ce moment a eu des troubles inflammatoires très aigus : le genou tuméfié, toute la région antérieure de la jambe et le pied enflés. Les symptômes généraux avaient été d'une gravité extrême, dit-il, si bien qu'après 22 jours on avait appelé le docteur C... d'Uzel qui avait eu grand peine à réparer les désordres produits. En effet, un empirique consulté dès le début avait ordonné de grandes frictions à l'essence de thérébenthine, puis, après quatre jours, les douleurs étant atroces, avait recommandé d'envelopper le membre entier jusqu'au dessus du genou dans un mélange de terre glaise et de vinaigre; enfin, après une nouvelle série de souffrances, de laver la jambe et le genou avec l'urine!!! Le malade empirait à vue d'œil son état était considéré désespéré.

Le docteur C... fit une incision d'environ 12 centimètres à la partie moyenne de la région antéro-externe de la jambe,

punctionna le genou au niveau d'introduction de l'épine et ouvrit un adéno-phlegmon de l'ainé.

Le malade se souvient qu'on lui ordonna alors une potion au quinquina, du bon vin, enfin du sulfate de quinine et de l'opium pendant quelques jours. Il ne peut préciser exactement combien il fut encore de temps avant de se lever : il pense environ quinze jours. Mais la jambe pendant deux mois resta raide et douloureuse. Puis il s'était remis complètement.

On voit encore les traces des incisions faites alors, mais nous n'avons pu avoir de plus amples renseignements, le docteur C.,, étant décédé avant notre arrivée dans ce pays.

Donc trente-sept jours de lit environ et deux mois de roideur du membre.

Le 20 octobre 1893 en travaillant il se frappe le genou avec un instrument contondant appelé houette et servant à retourner la terre. Il continue à marcher pendant un jour. Mais la douleur, peu vive au début, augmentant et la marche devenant très pénible le malade se couche et applique, sur les conseils d'empirique, des cataplasmes de son de seigle.

Neuf jours après il nous fait demander. Le genou est monstrueux, tuméfié dans son ensemble, et présente l'aspect d'une boule. Au dessus de la rotule remontant à 5 centimètres, de chaque côté effaçant les condyles et descendant à quatre travers de droit au dessous de la tubérosité antérieure du tibia s'étend une immense nappe liquide, fluctuante sous une peau rouge et violacée par endroits, tendue. Un peu d'œdème de la jambe et du pied. Réaction générale peu intense 37°4, pouls 77. Appétit conservé. Pas de sommeil. Beaucoup de douleurs. Pas de ganglions.

Nous incisons parallèlement à la rotule sur le bord interne de cette dernière (4 cent.). Le pus sort, la peau s'affaisse. Le côté externe ne diminuant pas nous essayons d'y arriver avec la sonde cannelée en contournant la face antérieure de la rotule.

Ne pouvant y parvenir nous faisons de ce côté une incision parallèle à la précédente. Même résultat : le pus sort, la tumeur s'affaisse. Lavage minutieux à l'eau phéniquée forte. Drains. Compresses humides antiseptiques très chaudes.

Nous surveillons le malade tous les jours. Les suites sont simples. Après quatre jours le pus cesse de s'écouler, après dix jours le malade se lève. Mais la marche est difficile, le genou douloureux, nous recommandons le repos et du massage léger. Quinze jours après le malade reprend son travail : il marche sans fatigue, ni raideur.

Au 30 octobre 1897 le malade se porte bien et ne s'est plus ressenti de son genou qui est revenu à son volume normal 37 centimètres de circonférence alors qu'il en avait 46 le jour où nous l'avions ouvert.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Plegmon antéro-latéral externe du genou, avec adénite inguinale. Symptômes généraux graves. Absès mélaslatipue. Guérison.

M. X..., 55 ans, cultivateur.

Antécédents personnels. — Pneumonie à 26 ans. A 19 ans, lui et ses frères et sœurs au nombre de huit, ont eu la fièvre typhoïde, un de ses frères âgé de 18 ans, a succombé.

Antécédents héréditaires. — Père décédé à 84 ans, mère 85 ans, encore en vie.

Collatéraux nombreux : enfants 7 ; 4 garçons et 3 filles, tous robustes.

Histoire. — En octobre 1893, sans pouvoir préciser la date exacte, le malade a été pris d'une douleur au genou droit. Nous ne trouvons aucune origine plausible sauf peut-être, le surmenage après un excès de travail, la marche de l'affection, surtout la réaction générale nous le laisserait soupçonner.

Après quelques jours de très grande difficulté à la marche le genou a enflé. On a appliqué des cataplasmes répétés *larga manus*, les symptômes généraux se sont alors déclarés : frissons, vomissements, constipation opiniâtre, céphalalgie, etc. etc. En même temps les douleurs locales s'accroissaient.

Pour la première fois nous sommes appelé le 2 novembre au soir Température 39°3. pouls 120. Langue saburrale, altération vive, faciès grippé, constipation depuis six jours, vomissements. Le genou est considérable dans son ensemble mais d'une grande dureté sans fluctuation. Les mouvements très douloureux mais encore possibles. La tuméfaction descend très bas et arrive du côté externe de la jambe à 6 centimètres

environ au dessous du condyle. Ganglions de l'aîne engorgés ainsi que ceux de l'aisselle. Le malade est dans un état de prostration accentuée, ne parle que très faiblement et seulement pour se plaindre. Sommeil nul. Rien dans les urines.

Nous ordonnons : Sulfate quinine, 1 gr. 60 en 4 cachets, 2 par jour. Commencer aussitôt après effet d'une purgation d'eau de Sedlitz à 40 gr., 2.000 lait, bouillon, grog léger. Localement : compresses antiseptiques très chaudes recouvertes de taffetas imperméable.

Les 3 et 4, pas de changement ; la température est de 38°5. Le 4 au soir, le malade se plaignant vivement de l'insomnie, un cachet de sulfonal 1 gr.

Le 5, quoiqu'il y ait eu un peu de repos, le malade se plaint de plus en plus. Tous les symptômes s'accroissent : le genou est énorme. Nous nous décidons à intervenir quoique nous ne trouvions de fluctuation nulle part. Incision de 6 cent. du sommet de la rotule descendant sur le condyle externe et plus bas que ce dernier. Beaucoup de sang noirâtre et de sérosité, très peu de pus. Lavage et drain.

Continuation du même traitement ; nous remplaçons cependant les compresses antiseptiques par de grands bains intercalés à des lavages.

Le lendemain la douleur a sensiblement diminué, mais le malade est d'une telle faiblesse qu'à peine on sent le pouls. Le thermomètre marque 37°5. La constipation est revenue depuis deux jours. Même traitement local. Puis pour relever l'organisme Todd au quinquina, thé et café, champagne. Purgation : calomel et magnésie : deux selles. Le soir injection de caféine.

Le 6 écoulement plus abondant de pus encore mêlé de sang, le genou est plus souple. La fièvre persiste. Le champagne a arrêté les vomissements qui étaient presque ininterrompus

depuis huit jours. Le pouls se relève un peu mais l'état général reste mauvais. Injection de caféine.

Du 7 au 10 inclusivement, peu de changement. La température reste entre 37°6 et 38°. Cependant le genou a beaucoup diminué de volume, le pus coule en abondance. Le malade souffre peu mais se plaint d'une douleur au niveau du menton qui est enflé. Les ganglions engorgés sont de même volume et peu douloureux. Même traitement. L'état général est un peu moins mauvais, cependant le faciès est terreux, le pouls ne se relève pas vite, la faiblesse est toujours extrême. Continuation de la caféine.

Les 11 et 12, le malade se plaint beaucoup du menton qui enfle de plus en plus et est très douloureux au toucher. Compresses antiseptiques.

Le 13 au matin, nous ouvrons l'abcès du menton qui siège au niveau de la région sus-hyoidienne médiane (adénophlegmon).

Les jours suivants, le malade se trouve très soulagé et ne souffre plus. Le genou est revenu presque à l'état normal ; le menton suppure toujours. Les ganglions diminuent.

Le 20, fièvre disparue, appétit revenu, le malade reprend quelques couleurs. Alimentation légère.

Le 5 décembre, le malade qui se nourrit bien, se lève ; les plaies du genou et du menton étant complètement cicatrisées.

Le 13 du même mois, nous permettons au malade de reprendre en partie sa vie habituelle.

Pendant deux mois la jambe est restée traînante et le genou un peu raide, du massage et quelques douches en sont venus à bout.

Revu en janvier 1898, le malade est très bien, son genou est en parfait état ; jamais depuis il n'a ressenti la moindre gêne ni la moindre douleur.

OBSERVATION V (Personnelle).

Plegmon antéro-latéral interne du genou gauche. Adénite et lymphangite. Incision. Persistance d'un peu de raideur.

M. X.... 33 ans, cultivateur.

Antécédents personnels. — Pneumonie au régiment à 21 ans. Par ailleurs bonne santé mais est alcoolique.

4 enfants bien portants.

Antécédents héréditaires. — Rien à noter chez les collatéraux et les ascendants.

Histoire. — Le malade se fait conduire chez nous le 11 mars 1894. Il se plaint du genou gauche qui est tuméfié principalement au niveau supérieur du condyle interne. Il prétend qu'une chute faite sur les genoux, il y a quatre jours, a déterminé cette inflammation. Il n'existe aucune plaie ni égratignure extérieure visible actuellement. Le malade est tombé en pleine route et n'a pas remarqué si les genoux avaient porté sur une pierre ou quelque autre corps résistant. D'abord il n'a ressenti aucune douleur et a continué son chemin.

Le lendemain matin, au réveil, le genou était douloureux. Le malade se lève mais est obligé de se remettre au lit qu'il ne quitte qu'au moment de se faire transporter chez nous quatre jours après l'accident.

Réaction générale insignifiante : pas de frissons. Appétit conservé. Nous pensons d'abord à un épanchement synovial mais nous ne trouvons pas de liquide dans l'articulation. Du reste la tuméfaction a la forme d'un ménisque dont la concavité correspond au bord interne de la rotule; les mouvements sont douloureux mais encore faciles.

Nous prescrivons le repos : une large application d'onguent napolitain belladonné, ouate et compression.

Le 14 nous sommes appelé au près du malade : il souffre beaucoup, l'anoréxie est venue, la langue est chargée, le pouls à 110, la température à 38°2.

Le genou est beaucoup plus enflé, la compression ouatée est douloureuse. La tuméfaction a envahi le dessus de la rotule et s'étend sur toute la face interne du genou recouvrant le condyle.

Le malade demande une intervention active : nous incisons largement la masse tuméfiée un peu de sang et du pus s'écoulent. Nettoyage à l'eau phéniquée forte, drain, pansement sec et compression. Le patient supporte son mal très courageusement, il veut avant tout guérir vite.

Les suites furent d'abord simples jusqu'au 22 et tout allait bien ; mais le malade s'étant levé et ayant voulu marcher malgré notre défense expresse, les douleurs réapparaissent le 23 au matin. Nous trouvons une lymphangite de la cuisse qui est tendue, luisante et douloureuse au toucher sur tout le trajet du mal. Adénite de l'aîne. La fièvre est ardente, la soif vive. Thermomètre à 39°3, pouls 124. Sulfate quinine à l'intérieur. Nous ouvrons la plaie du genou à peu près cicatrisée et de laquelle s'écoule un peu de pus : compresses antiseptiques enveloppant l'aîne, la cuisse et le genou.

Le 24, nous voyons le malade qui est beaucoup mieux : la fièvre est tombée, les symptômes inflammatoires sont calmés ; l'adénite diminue, la lymphangite sur tout son trajet qui occupe la face interne de la jambe est à peine marquée.

Les jours suivants le mieux s'accroît et très rapidement le malade est en état de se lever, l'appétit étant revenu et toute trace inflammatoire disparue.

Cependant malgré notre défense le malade se remet à travailler dès le lendemain de son premier lever et les signes

inflammatoires, reparaissent aussitôt. Cette fois quelques jours de repos suffisent pour remettre les choses en état.

Mais pendant quatre mois la raideur du genou et la difficulté à la marche ont persisté.

En décembre 1897, le malade va très bien mais prétend avoir aux changements de temps de la difficulté à marcher. Nous ne constatons cependant rien d'anormal dans le genou sauf peut être un peu d'induration au niveau du bord supérieur du condyle interne.

OBSERVATION VI (Personnelle).

Phlegmon total du genou consécutif à l'infection d'un Hygroma chronique. Incision. Tumeur blanche. Tuberculose. Mort.

M. X..., 32 ans, boulanger.

Antécédents personnels. — Deux bronchites, l'une à 15 ans, l'autre à 22 ans.

Antécédents héréditaires. — Père et mère robustes.

Deux enfants dont le plus jeune est tuberculeux.

Histoire. — Le malade vient nous trouver, à pied, le 4 mars 1894, se plaignant du genou droit où il a, depuis 5 ou 6 ans, un hygroma prérotubien, venu à la suite de la position à genoux qu'il prenait souvent pour broyer certaines couleurs lorsqu'il travaillait à Saint-Denis, où il est resté 6 ans. Cet hygroma s'est enflammé deux fois déjà et c'est même la cause de son retour au pays car il avait, dans les derniers temps où il travaillait à Saint-Denis, une grande difficulté à marcher. Il prétend qu'aux deux fois, l'application de compresses humides antiseptiques très chaudes et le repos, avaient suffi à faire rétrocéder le processus inflammatoire.

Cette fois il se plaint principalement de la jambe dans toute sa longueur et c'est de ce côté qu'il attire notre attention, bien que son genou soit très volumineux. Il existe un peu d'œdème malléolaire. Le faciès est pâle, le malade prétend que tel est son aspect habituel; l'état général est du reste assez bon. Rien dans les urines ni par ailleurs à signaler.

La douleur et l'enflure remontent à 5 ou 6 jours; le point de départ est un choc direct de l'hygroma: le genou ayant heurté sur le coin d'un banc. Les deux premiers jours, douleur insignifiante, mais le troisième, à la suite d'une longue course,

la tuméfaction et l'œdème sont apparus au genou et à la jambe simultanément. Le malade est resté au repos et se trouve un peu mieux. A l'examen nous trouvons les mouvements conservés et relativement peu douloureux. Le genou est recouvert d'une calotte œdémateuse, rouge, tendue, contournant toute la rotule et descendant jusqu'au bas du tendon rotulien. La consistance est dure. Pas de fluctuation. Nous ordonnons le repos absolu et la compression ouatée de tout le membre. Au contraire de nos avis, le malade continue à marcher et se lave le genou à l'eau de mauve.

Le 14 mars, le malade nous fait demander ; le genou est énorme, la tuméfaction s'est emparée de sa totalité et toute la jambe est enflée ; il y a des ganglions dans l'aîne. La fluctuation est manifeste : nous voulons ouvrir, le malade s'y oppose énergiquement et quelque moyen que nous employons nous ne pouvons le persuader. Il souffre cependant terriblement. Nous prescrivons de grands bains locaux. La température étant à $38^{\circ}3$, les symptômes généraux commencent à se faire sentir et le malade n'étant point allé à la selle depuis trois jours, nous instituons l'antiseptie intestinale à l'aide du calomel et rhubarbe associés. Il prend ses cachets, mais au lieu des bains ordonnés, il recouvre sa jambe de grands cataplasmes de son de seigle.

Jusqu'au 18 peu de changement à ce que dit le malade que nous ne pouvons voir souvent, car il demeure très loin.

Le 19 au matin, nous le trouvons encore plus souffrant ; la température est de $38^{\circ}9$, l'anoréxie complète, la diarrhée a remplacé la constipation.

Nous voulons faire entrer le malade dans un hôpital où sous tous les rapports il sera mieux ; il s'y refuse.

Enfin devant notre refus catégorique de le soigner dans de telles conditions, il finit par nous autoriser à agir. Le genou n'est qu'une vaste nappe purulente ; cependant le malade qui

est très courageux peut le plier et faire quelques mouvements. Nous ouvrons des deux côtés par deux incisions parallèles, le pus coule à flots. Nous nettoyons de notre mieux l'immense cloaque à la solution phéniquée forte et nous laissons deux drains. Pansement humide.

Le malade se trouve alors considérablement soulagé. Il prend exactement le Todd que nous lui ordonnons et fait même les pansements prescrits. La fièvre tombe, l'appétit revient.

Nous le revoions le 24 et le trouvons beaucoup mieux. Pas de température, langue bonne, faciès meilleur ; jambe presque désenflée, genou aussi, la plaie bourgeonne ; nous enlevons les drains.

Vers le 10 avril, le malade se lève et se dit guéri. Cependant il reste un peu d'empatement du genou et les ganglions inguinaux persistent. Les mouvements sont lents et pénibles bien que sans douleur, prétend le malade. Nous ne trouvons rien par ailleurs et le malade a beaucoup repris.

A la fin du même mois, on nous appelle en passant chez le malade ; il nous prie d'examiner son genou qui le fait souffrir de nouveau et plie difficilement. Dès l'abord nous sommes frappé par son aspect et sa forme. C'est un fuseau aminci en haut et en bas, à peau tendre et terne. Les ganglions de l'aîne toujours engorgés, mais peu douloureux. Le palper nous laisse la sensation d'une masse gélatineuse dure par endroits, les sillons latéraux rotuliens sont effacés, l'empatement est marqué. La rotule légèrement soulevée. La douleur au toucher est vive surtout en appuyant sur la rotule. Nous portons le diagnostic d'ostéo-arthrite tuberculeuse du genou et ordonnons le repos absolu.

Le lendemain nous venons appliquer une couche de la mixture suivante :

Teinture opium : 2 gr.

Teinture belladone }
Gaiacol } à à 4 gr.

Teinture d'iode : 15 gr.

Nous recouvrons d'un bandage compressif ouaté tout le membre jusqu'à mi-cuisse et nous nous servons de bandes silicatées pour retirer au malade, que nous savons très indocile, l'envie de savoir ou cela en est.

Nous ordonnons l'huile de foie de morue phosphorée et un régime reconstituant.

Le 15 mai nous le revoyons, il s'est tenu au lit car il y était forcé, mais depuis huit jours déjà il nous demandait pour retirer son bandage ; il ne souffre plus et se trouve très bien, dit-il. Nous trouvons le genou sensiblement dans le même état et voulons réappliquer sur le champ l'appareil ; le malade s'y refuse totalement. Il nous promet de ne pas se lever, de continuer les badigeonnages et la compression ouatée. Qu'en fit-il ? Nous l'ignorons, toujours est-il que pendant deux mois, nous n'entendîmes plus parler de lui et ne le vîmes pas.

Vers la fin de juillet, nous rencontrons sa femme et l'interrogeons sur l'état de son mari. Elle nous dit alors qu'il n'est pas mieux, au contraire, c'est à peine s'il peut marcher (ce que nous lui avions défendu du reste). Lui ayant exposé la gravité de la situation elle nous prie de nous rendre le surlendemain auprès du malade.

C'est le 30 juillet ; nous le trouvons bien changé. Le genou présente tous les symptômes de tumeur blanche très avancée, la jambe amaigrie, la cheville enflée, les ganglions de l'aîne volumineux. Teint blafard, faciès amaigri, aspect général tuberculeux avec pommettes saillantes et rouges, yeux creux, etc.

Ainsi que précédemment du reste nous auscultons très longuement le malade et ne trouvons rien du côté des pou-

mons. L'état des fonctions digestives et respiratoires est bon et le malade dit qu'il ne souffre « *pas du cœur* ».

Devant la gravité de la situation, nous demandons la consultation d'un confrère et la chose est presque décidée. Malheureusement, nous laissons entendre que désormais il faudra une intervention sanglante. Malgré notre insistance, on refuse impitoyablement de nous adjoindre un confrère.

Nous continuons alors le même traitement interne auquel nous joignons la liqueur de Fowler. Localement nous prescrivons les pointes de feu que nous appliquons nous même trois fois et nous continuons la compression.

Puis le malade déménage et va habiter un pays où nous ne sommes jamais appelé. Nous apprenons par hasard qu'il est entre les mains d'empiriques qui lui font suivre les traitements les plus baroques. Les semaines et les mois passent, nous savons que le malade va de mal en pis mais ne le voyons pas.

Enfin vers la fin de janvier 1895, on vient nous prier de retourner le voir. Nous le trouvons dans le plus piteux état. Le genou suppure par deux orifices dont l'un est latéral externe et l'autre au devant du tibia près du ligament rotulien.

L'articulation est en pleine désorganisation; tous les mouvements sont possibles mais douloureux bien entendu, c'est un magna de pus, de sang, de séquestres, de débris articulaires et osseux où le stylet enfonce comme dans une éponge pleine de sable. La jambe est œdématiée. L'aspect général est de consommation et de marasme. Amaigrissement extrême, toux, expectoration abondante, muco-purulente. Râles sous-crépitants et gros râles muqueux aux deux sommets et dans la plus grande partie du poumon gauche en arrière. Souffle caverneux et gargouillement en avant du même côté. A droite, en avant râles muqueux et sous-crépitants comme en arrière. Le malade

ne bouge plus de son lit, il ne peut du reste faire aucun mouvement. Le thermomètre marque 37°7. L'aîne et ses ganglions sont tuméfiés ; il y a là encore une vaste collection purulente qu'on sent sous le doigt ; une petite incision donne issue au pus. Rien dans les urines. Le malade lorsqu'il ne remue pas, souffre peu et ne se plaint que de faiblesse. Les fonctions se conservent intactes ; à peine s'il existe quelques régurgitations lors des fortes quintes de toux. Nous prescrivons des pansements humides du genou et de l'aîne, une alimentation substantielle. Le sirop de codéine et celui de thérébenthine mélangés par moitié à prendre dans de la tisane d'eucalyptus.

Quinze jours après, vers la mi-février, nous revoyons le malade qui est dans le même état.

Il change peu jusqu'au commencement d'avril. A ce moment il est pris de vomissements et de diarrhée, l'anorexie arrive, les escharres se forment, les sueurs sont abondantes, l'œdème s'empare de la jambe gauche, l'albumine apparaît dans les urines, le malade présente depuis quelques jours des symptômes de cystite. Enfin il meurt le 16 avril, dans le marasme et la consommation absolue.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Vaste phlegmon antéro-latéral du genou. Incisions. Guérison.

M. X..., 28 ans, cultivateur.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde à 17 ans. Tempérament sanguin. Charpente robuste. Puissamment musclé.

Antécédents héréditaires. — Ses parents et collatéraux sont bien portants.

Histoire. — A la suite de plusieurs jours de station à genoux pour des travaux de jardinage le malade a ressenti une douleur vive au genou droit sur lequel il s'appuyait le plus habituellement. Le lendemain matin après avoir été quelques heures levé il lui a fallu se remettre au lit les douleurs augmentant et le genou se tuméfiant. En même temps survenaient un frisson violent et de la céphalée intense.

Le lendemain, 18 mai 1894, nous le voyons. Il est très aéré, excité, couvert de sueurs et se plaint beaucoup. Le genou droit est moyennement tuméfié très rouge et douloureux à la pression. L'inflammation occupe principalement la partie latéro-externe de la rotule mais commence à la déborder en haut et en bas. Pouls 120, thermomètre : 38°7. Céphalée intense. Anoréxie. Constipation.

Nous ordonnons : eau de Sedlitz à 40 grammes à prendre immédiatement, puis sulfate de quinine : 80 centigrammes en deux cachets, un chaque soir. Pour soulager la douleur le malade souffrant beaucoup, le pouls étant dur et fréquent nous prescrivons l'application de dix sangsues sur le genou afin d'effectuer une saignée locale.

Deux jours après la douleur a diminué, le pouls est à 100, la température à 38°3. Le malade est plus tranquille, l'état géné-

ral meilleur. Mais le genou est plus tuméfié qu'avant toute sa superficie, est envahie par un œdème dur et violacé. Il est très douloureux au toucher, cependant le malade dort un peu, les douleurs lancinantes du début étant moins vives. Nous ne trouvons pas de fluctuation, nous désirons ouvrir dès à présent, le malade s'y refuse. Nous prescrivons alors des compresses antiseptiques chaudes recouvertes de taffetas gommé et le repos absolu.

Jusqu'au 26 nous ne revoyons pas le malade. Mais à ce moment les douleurs sont devenues tellement intolérables, qu'il nous fait demander. Le genou n'est qu'une immense nappe purulente qui déborde des deux côtés les condyles et descend à quatre travers de doigt plus bas que la tubérosité tibiale antérieure. Ce phlegmon est très vaste, le malade se plaint énormément, les mouvements du genou sont très peu accentués, la température est remontée à 39°, l'état général est si grave que nous craignons, vu l'ensemble de ces phénomènes morbides, une pénétration du pus dans l'articulation.

Nous prévenons le malade du danger auquel il s'expose s'il ne nous laisse pas agir très énergiquement et devant la menace d'arthrite purulente, il s'incline. Nous ouvrons par deux incisions parallèles au niveau de chaque condyle : le pus s'échappe à flots. Le nettoyage de la poche purulente se fait facilement ; le tissu cellulaire est tellement spaculé que nous pouvons sans aucune difficulté passer un drain par dessus la rotule dont chaque bout sort par une des incisions. Nous nous sommes préalablement assuré avec le doigt promené à l'intérieur qu'il n'existe pas de fusée purulente profonde.

Les suites furent des plus heureuses que nous ayons observées en pareil cas. En effet le lendemain de l'opération la fièvre tombait, l'appétit renaissait, le malade voulait se lever. Nous le retirâmes au lit le plus possible. Mais le 4 juin il se leva.

Nous l'avons revu souvent depuis, jamais il ne s'est ressenti de la moindre raideur ni gêne ; il marche si bien qu'à présent il est commissionnaire-roulier et fait souvent six et sept lieues à pied dans une journée.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

*Phlegmon antéro-latéral du genou. Ponction. Récidive. Incision.
Guérison.*

M. X... 39 ans

Propriétaire aisé, s'occupe d'élevage et de travaux agricoles.

Antécédents personnels. — A eu plusieurs atteintes de rhumatisme articulaire aigu. Par ailleurs jouit d'une bonne santé.

Antécédents héréditaires. — Arthritiques de part et d'autre.

Histoire. — Le malade s'est occupé les temps derniers de jardinage et est souvent resté sur les genoux. Il y a trois jours, il a ressenti une douleur dans le genou gauche à environ deux travers de doigt au dessus de la rotule. Il a continué à travailler jusqu'à hier soir quoique souffrant beaucoup de son genou très tuméfié. Il ne dort pas de la nuit et nous fait demander le lendemain matin 16 juin 1894. L'état général est bon sauf un peu d'agitation et une faible élévation de la température (37°6). Mais il existe de très vives douleurs au niveau du genou, douleurs lancinantes se propageant le long de la cuisse et jusque dans l'aîne et si violentes que nous fîmes une injection de morphine au malade avant de le quitter. La tuméfaction siège principalement au dessus de la rotule et des condyles : elle occupe ainsi non seulement le genou, mais la partie inférieure de la cuisse. Le malade veut que son affection soit rhumatismale, malgré notre avis opposé et bien que nous sentions l'articulation libre, que la flexion du genou soit aisée, que les mouvements latéraux de la rotule saisie entre les doigts

s'exécutent presque sans douleur et qu'il n'y ait pas d'épanchement intraarticulaire. Nous faisons cependant accepter des applications répétées de compresses phéniquées à 2 1/2 p. 100 avec 1 gramme d'extrait de belladone comme calmant. (2 gr. 50 d'extrait de belladone pour 250 grammes d'eau phéniquée), Nous prescrivons en plus de prendre chaque jour 4 des cachets suivants : Salicylate de quinine 1 gramme et bicarbonate de soude 3 grammes en 10 cachets.

Le 19, nous revoyons le malade. Le genou a peu augmenté de volume, il s'est plutôt bombé; la fluctuation est manifeste surtout au dessus de la rotule où la peau est lisse, tendue et commence à blanchir au point le plus fluctuant. Etat général assez bon. Mais les douleurs sont toujours violentes.

Le malade se refusant à l'incision au bistouri nous ponctionnons en pleine tuméfaction un peu obliquement en haut avec un trocart de moyen volume. Le pus jaillit avec force, coule facilement et la peau s'affaisse peu à peu. Nous voulons fendre pour suivre le pus dans ses repaires latéraux; le malade s'y oppose. Continuation de compresses humides antiseptiques.

Les 22 et 29 nous revoyons le malade : la suppuration se fait péniblement et le genou reste un peu tuméfié. Le malade se trouvant mieux déclare marcher vers la guérison et refuse toute intervention nouvelle.

Le 15 juillet nous sommes appelé de nouveau près du malade qui nous dit s'être levé vers le 8 de mois et qu'à ce moment le genou ne « *rendait plus* » mais que cependant il était resté plus gros que l'autre. Il s'était forcé à marcher quelques jours mais les symptômes inflammatoires étaient revenus comme précédemment. Nous trouvons le genou de même volume qu'avant la ponction et la tuméfaction a aussi la même forme. Seulement la nappe purulente est plus fluctuante et les parois cèdent plus facilement à la pression. Presque malgré le malade nous fendons de droite à gauche à deux travers de doigt au

dessus de la rotule, obligé d'agir ainsi pour ne pas inciser deux fois selon notre habitude dans ces grands phlegmons. La poche vide nous nettoyons à l'eau phéniquée forte et laissons un drain. Pansement sec que nous renouvelons nous même tous les deux jours.

A partir du 23, la plaie bourgeonne parfaitement, le drain est retiré et le pansement est laissé en place jusqu'au 28. A ce moment nous laissons au malade le soin de son genou qui est presque guéri.

Nous l'avons revu 3 mois après : il lui restait de la faiblesse dans l'articulation et le genou fléchissait souvent en marchant. Ce dernier est déformé au dessus de la rotule et il existe au niveau de l'incision, une dépression marquée où la peau est rétractée et adhère aux parties sous jacentes. L'articulation par elle même n'est ni déformée, ni enflammée.

En fin février 1898, nous avons revu le malade qui est très bien. Les douches sulfureuses prescrites ont redonné beaucoup de forces au genou qui ne fléchit plus sous le poids du corps en marchant.

OBSERVATION IX (Personnelle).

*Phlegmon antéro-latéral du genou après rupture d'un hygroma.
Adénite suppurée de l'aîne. Incision. Guérison avec un peu de
roideur.*

Antécédents personnels. — A toujours joui d'une bonne santé depuis la fièvre typhoïde qu'elle a eue vers l'âge de 22 ans.

Antécédents héréditaires. — Sœur de l'observation n° 4 a donc le mêmes antécédents héréditaires.

Femme s'occupant à des travaux rudes. A eu six enfants.

Histoire. — Cette femme robuste et très courageuse vient nous trouver à pied le 20 juin 1894. Elle se plaint du genou droit qui est tuméfié, rouge et douloureux. Elle souffre depuis quatre ou cinq jours et attribue son mal à l'écrasement d'une *bosse* qu'elle avait au devant du genou.

Elle prétend que cet hygroma prérotulien s'est formé peu à peu depuis huit ans et était gros comme un œuf de pigeon. Or il y a huit jours elle fit une chute dans laquelle son genou porta sur une dalle : étant chargée d'un fardeau le choc a été très violent. Sur le coup elle a senti une douleur intense au genou et après s'être levée elle a constaté que la « *bosse* » avait éclaté. Elle lave son genou à l'eau salée et entoure avec un mouchoir. Ce n'est qu'après deux jours qu'elle a ressenti un tiraillement à la jambe et au genou.

La douleur et la difficulté à la marche se sont accrues en même temps que le genou se tuméfiait. Elle a fait à pied les 3 kilomètres qui la sépare de chez nous ; mais elle boîte fortement et est exténuée. Très peu de réaction générale. Le genou est tuméfié dans toute son étendue, les dépressions et

saillies sont effacées, nous nous faisons l'idée première d'une hémarthrose. Cependant la rotule n'est pas superficielle et ne cède pas à la pression. Les mouvements sont possibles sans grande douleur et la flexion de l'articulation se fait facilement. Puis les commémoratifs : l'hygroma rompu, l'épanchement^t consécutif, le manque de repos, nous font reporter notre diagnostic vers une inflammation péri-articulaire. Il n'y a pas de fluctuation proprement dite : c'est plutôt une masse molle et rénitente. Nous proposons l'ouverture ce qui est accepté pour le lendemain matin où nous nous rendrons chez la malade. En attendant on applique des compresses antiseptiques chaudes.

Le 21, au matin, nous faisons une incision cruciale profonde juste au-dessous de la rotule. Il s'écoule un pus crémeux mêlé de sang. La peau ne s'affaisse pas franchement. Nous vidons le plus possible à la curette, lavons et plaçons un drain. Pansement humide. Deux bains chauds antiseptiques de 20 minutes par jours.

Il y avait dans l'aîne un ganglion suppuré gros comme un œuf de pigeon que le malade n'a aperçu que deux jours avant de venir chez nous. Nous l'incisons et pansons antiseptiquement.

La malade est revue les 23, 25 et 27 : son état s'améliorait à chaque visite. Nous prescrivons alors des pansements secs, la plaie étant en pleine cicatrisation et le 9 juillet la malade peut se lever. Massage et douches car il y avait de la roideur accentuée.

Nous avons revu la malade en décembre 1897 : il lui est resté depuis son accident une légère difficulté à la marche.

OBSERVATION X

Phlegmon large du genou. Double incision. Guérison.

M. X..., 29 ans, bucheron.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Alcoolique, mais robuste cependant.

Antécédents héréditaires. — Père 75 ans, a depuis plus de dix ans, un ulcère de la jambe droite, mère 67 ans, très bonne santé.

Marié, 4 enfants bien portants,

Histoire. — En transportant une barrique un cerceau lui écorcha la jambe au dessus du genou gauche. Il n'y prêta aucune attention. Après trois ou quatre jours, la marche devient difficile mais il continue son travail. La gêne augmente, le genou se tuméfie, la douleur devient intense, le malade se couche pendant trois jours.

Le 5 novembre ne pouvant plus résister à la douleur, il se fait transporter chez nous; c'est le douzième jour après sa blessure. A l'aspect, phlegmon large du genou, tuméfaction considérable, douleur excessive, impossibilité de marcher, on porte le malade. Les mouvements sont tellement douloureux que pendant l'examen le patient s'évanouit. Nous en profitons pour étudier à fond craignant fortement l'arthrite purulente. Les ganglions de l'aîne sont engorgés. Le pouls petit, misérable. Le thermomètre donne 37°7. Face pâle grippée et le malade revenu à lui-même ne reprend pas de couleurs. Il est tellement affaîssé que nous lui faisons deux injections sous-cutanées d'éther.

Les précautions antiseptiques prises, nous incisons suivant le bord externe de la rotule. Nous nettoyons la plaie d'où le pus s'est écoulé en abondance. Pansement humide. Le patient

est placé dans une maison en ville où nous le surveillerons chaque jour. Il est très faible et ne peut absorber qu'un peu de grog et de champagne.

Rien dans les urines.

Le lendemain matin peu de changement ; le genou se vide et est moins douloureux. Le poulx est petit, l'aspect est mauvais, le thermomètre reste stationnaire, heureusement les selles sont normales. Même traitement local et Todd au quinquina. Le soir le malade prend un peu de lait. Nous lui faisons une injection de caféine.

Le 7 et le 8 même état, un peu moins de faiblesse.

Le 9, l'écoulement de pus se faisant difficilement et le côté interne du phlegmon restant tuméfié et très douloureux, nous pratiquons une nouvelle incision parallèle à la précédente d'environ 8 centimètres. Le pus s'écoule mêlé de sang. Nous nettoyons la poche et faisons un grand lavage par chaque ouverture ; nous laissons un drain dans chacune d'elles.

Le 10, la température est devenue normale. Le poulx se relève, les couleurs reviennent ainsi que l'appétit. L'écoulement du pus s'effectue avec facilité. Bon sommeil, peu de douleurs.

Du 11 au 15, le mieux s'accroît ; le malade reprend des forces, les plaies ont bon aspect, la suppuration est tarie. Suppression des drains. Pansements secs. Les ganglions inguinaux sont disparus.

Du 15 au 20 cela va de mieux en mieux et le malade se fait transporter chez lui le 21.

Le 3 et 9 décembre nous le revoyons et à notre dernière visite, nous lui permettons de se lever.

Au mois de février 1898, le malade ne se ressent de rien et marche parfaitement. Il nous dit que pendant les premiers temps après son lever en décembre 1894, il a eu de la raideur, mais qu'elle est promptement disparue en quelques semaines.

OBSERVATION XI (Personnelle).

*Phlegmon antéro-latéral interne du genou; incision, guérison.
Raideur longtemps persistante.*

Mademoiselle X..., 26 ans, journalière.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade. Réglée à 14 ans et demi.

Antécédents héréditaires. — Rien de saillant à noter.

Histoire. — La malade souffre du genou droit depuis trois semaines, ce qu'elle attribue à la position à genoux qu'elle prend chaque matin pour frotter les parquets. C'est le 6 janvier qu'elle se fait transporter chez nous. Le genou est tuméfié, douloureux; on sent parfaitement la fluctuation sur toute la face antérieure du genou. La malade prétend peu souffrir, et peut même faire quelques pas. Pas d'œdème malléolaire, pas de ganglions inguinaux. État général satisfaisant, la malade souffrant beaucoup moins depuis que le pus s'est collecté. Elle s'était couchée dans les derniers jours de décembre et avait appliqué largement de grands cataplasmes. Nous cherchons la place la plus fluctuante qui, ainsi du reste que la tuméfaction, occupe la face interne du genou : la rotule nous paraissant proéminente, craignant de trouver de l'arthrite, nous ponctionnons sur son bord interne, puis fendons de bas en haut sur la sonde cannelée. Le pus évacué, le sac inflammatoire bien nettoyé, nous cherchons avec le doigt appliqué directement sur la ratule, s'il y a épanchement intra-articulaire. Nous ne trouvons rien cependant le fond est rugueux et l'aponévrose très altérée. Drain, pansement humide.

Le 7, nous enlevons le drain et appliquons un pansement sec.

Les 9, 11, 13, même traitement, mais nous prescrivons quelques mouvements légers de flexion et d'extension.

Nous revoyons la malade le 20 janvier : plaie cicatrisée, aspect normal du genou, un peu de gêne dans les mouvements. Massage et douches. La malade se lève le 25 et marche, mais pendant plus de trois mois, la roideur du genou a persisté.

En janvier 1898, la malade va parfaitement.

OBSERVATION XII (Personnelle).

*Phlegmons antérieurs-latéraux des deux genoux. — Incisions.
Guérison. — Légère roideur et douleur à gauche.*

M^{me} X..., âgée de 45 ans, journalière à la campagne.

Antécédents personnels. — Régée à 18 ans, après avoir été longtemps chlorotique. A eu des adénites cervicales froides dont il lui reste des marques sur le côté gauche du cou. N'a jamais eu de très graves maladies, mais a toujours été souffrante et faible.

Mariée à 23 ans, a eu trois enfants : l'un mort à 5 ans de tuberculose, les deux autres actuellement âgés de 9 et 12 ans, sont bien portants.

Antécédents héréditaires. — Parents morts jeunes de maladies inconnues.

Histoire. — Le 4 septembre 1895, elle se fait transporter chez nous ne pouvant plus marcher depuis huit jours. Le genou gauche est gros, peu rouge, douloureux. Les mouvements sont pénibles. Pas de ganglions dans l'aîne. Après un examen sérieux, nous restons hésitant entre une affection intra ou périarticulaire. La température 38° 2, l'état général, ne nous laissent aucun doute sur une affection inflammatoire. Les antécédents ne nous donnent aucun éclaircissement précis. La malade dit que c'est venu depuis trois semaines sans aucun traumatisme dont elle se souvienne, et c'est la première fois qu'elle souffre du genou. Nous appliquons sur-le-champ une couche épaisse d'onguent napolitain belladonné, et recouvrons d'une compression ouatée de tout le membre. Le repos, un verre d'eau de Pullna chaque matin à jeun, une potion à l'extrait de quinquina et un régime reconstituant sont prescrits.

La malade qui, à partir du lendemain souffre très peu, ne nous fait demander que le 10 septembre, parce qu'après avoir enlevé son pansement, le genou est toujours très enflé. Cette fois nous avons le pus sous la main d'une façon si évidente que nous le jugeons périartculaire. Les condyles sont envahis et recouverts principalement du côté externe. Les mouvements sont tellement pénibles que nous nous demandons s'il n'existe pas en même temps de l'arthrite. Nous ouvrons largement sur le bord externe de la rotule : un pus bien lié, sans grumeaux s'écoule. Nous nettoyons à l'eau phéniquée forte et après avoir examiné l'articulation qui paraît saine, nous mettons un drain.

Pansement humide.

L'état général est satisfaisant ; température, $37^{\circ}5$; appétit assez bon ; selles régulières.

Les suites furent très simples, la suppuration cessa après quatre jours ; le drain enlevé, la plaie se cicatriza rapidement et la malade se leva le 21 septembre, onze jours après l'opération.

Les forces étaient revenues et elle prenait le sirop iodotannique prescrit. La jointure était souple et les mouvements se faisaient sans trop de difficulté.

Or, le 8 octobre, on nous appelle de nouveau. Cette fois, c'est le genou droit qui est tuméfié. Nous ne pouvons croire à une nouvelle inflammation périartculaire et l'idée d'arthrite nous revient immédiatement. Il y a environ six jours que la malade a ressenti les premières douleurs. Les symptômes sont les mêmes que précédemment, mais la réaction générale est moins marquée ; température, $37^{\circ}4$ et quelques frissons. Les douleurs sont moins vives ; la tuméfaction occupe la face antéro-latérale externe principalement. Pas de commémoratifs la malade prétend seulement avoir entendu son genou craquer très fortement en s'accroupissant quelques jours avant l'appa-

rition de la douleur. Le siège de l'inflammation, son élection très en dehors, les mouvements assez faciles et l'absence d'épanchement dans l'articulation nous obligent à croire à un nouveau phlegmon.

Compresses antiseptiques, bains chauds.

Le 14, nous sommes appelé de nouveau auprès de la malade qui, depuis la veille, a des frissons, de la céphalalgie, de l'anorexie et des vomissements. Nous ne pouvons nous rendre auprès d'elle que le 15 au matin.

Température, 38°9; pouls, 116. Toute la surface externe du genou est envahie par le pus qui retombe jusqu'au rebord du creux poplité. Les ganglions de ce creux et de l'aîne sont tuméfiés mais peu douloureux. Nous incisons sur une ongueur de six centimètres et nettoignons soigneusement avec des tampons de ouate hydrophile imbibée d'eau phéniquée forte. Pansement humide sans drain.

Le lendemain, la plaie a bon aspect : le pus s'écoule facilement ; la température est normale ; la malade est beaucoup mieux.

Les jours suivants, les ganglions diminuent, la plaie bourgeonne, la malade a de l'appétit, les forces reviennent.

Le 23 octobre, la malade se lève.

Rendue prudente par ces deux atteintes successives, elle se soumet aux précautions que nous prescrivons : mouvements progressifs des articulations, douches et massage.

Le genou droit revient très promptement, au bout de trois semaines il est en parfait état. Le genou gauche reste raide pendant plus de quatre mois et la liberté complète des mouvements ne revient que peu à peu.

Revue en janvier 1898, la malade va bien, mais souffre du genou dès qu'elle marche plus que de coutume. Elle prétend qu'il n'enfle jamais et son aspect est normal.

OBSERVATION XIII (Personnelle)

Phlegmon antéro-latéral externe du genou, guéri par résolution.

M^{lle} X... , 18 ans, fermière.

Antécédents personnels. — Fille robuste, réglée à 14 ans, n'a jamais eu aucune maladie.

Antécédents héréditaires. — Père décédé à 60 ans, mère âgée de 54 ans, alcoolique.

A trois frères et quatre sœurs tous bien portants.

Histoire. — La malade, le soir du 14 juillet, après avoir beaucoup dansé, a fait une chute sur les genoux. Quoique la douleur eût été assez violente au genou droit elle a repris la danse pendant environ une heure et est rentrée chez elle à pied, faisant encore 3 kilomètres gênée à marcher mais sans trop souffrir.

Le lendemain matin de bonne heure, après une nuit agitée, elle s'éveille avec des douleurs lancinantes violentes dans le genou qui est enflé. Elle reste au repos, mais les symptômes inflammatoires augmentant, nous sommes demandé le 17 juillet 1896. Par son état général, la malade ne se ressent pas beaucoup de son inflammation, mais localement la douleur est vive, le genou est enflé, tendu principalement sur sa face latérale antéro-externe, très sensible à la pression. Les mouvements de l'articulation sont douloureux mais s'exécutent facilement. Nous ne trouvons aucun épanchement intra-articulaire ainsi que nous le craignons beaucoup. Sur le centre de la tuméfaction se voit une petite écorchure faite probablement au moment de la chute. La consistance est dure, mais dépressible et pâteuse à certaines places.

Nous enduison le genou d'une couche de vaseline boriquée et recouvrons nous-même tout le membre jusqu'à mi-cuisse d'un bandage ouaté compressif. Nous prescrivons le repos absolu et un régime léger. -

Nous revoyons la malade le 20. Elle ne souffre plus et dort bien, ni fièvre, ni frissons. Seule une sensation de plénitude persiste au niveau du genou. Nous ne touchons pas au bandage qui s'est parfaitement maintenu.

Chaque jour le mieux s'accroît. Le 25 la malade veut absolument se lever et désire que nous retirions son bandage. Nous trouvons alors le genou normal, la tuméfaction a disparu, la douleur n'existe plus, même à la pression, les mouvements sont faciles, l'état général est excellent.

Nous prescrivons quelques frictions légères avec du massage chaque jour et la malade se lève le surlendemain.

La jambe est restée un peu raide quelques jours.

La malade revue en novembre 1897, va parfaitement, elle est mariée et a eu un enfant. Jamais elle ne s'est ressentie de son accident.

OBSERVATION XIV (Personnelle).

*Phlegmon antéro-latéral du genou. Incision. Hydarthrose ?
Guérison avec roideur et douleurs persistant.*

M^{lle} X. . ., 19 ans, domestique de ferme.

Antécédents personnels. — Réglée à 17 ans, n'a jamais été malade.

Antécédents héréditaires. — Père âgé de 59 ans, mère 57 ans, frères, sœurs, collatéraux, tous bien portants.

Histoire. — On nous amène la malade le 17 août 1896, sans autre cause connue que le surmenage au moment de la moisson, elle a été prise vers le 8 août d'une douleur au genou droit. Les premiers jours elle a boité et s'est traînée : la douleur augmentant, la tuméfaction apparaissant elle s'est couchée le 10 août. En même temps successivement quelques frissons, des nausées, de l'anorexie, de l'insomnie. Ces symptômes s'aggravent jusqu'au dix-septième jour où on nous l'amène : elle n'a fait d'autre traitement que d'appliquer des cataplasmes répétés *loco dolenti*.

Nous trouvons un genou tuméfié dans son ensemble : toute saillie, toute dépression est disparue. La peau est blanche et mamelonnée : cuite par les cataplasmes. Au dessous on sent une masse fluctuante qui, enveloppant le genou, recouvre la rotule et envahit surtout la face externe.

Pouls 96, température, 37.07, faiblesse extrême, la malade ne dormant pas et ne se nourrissant pas.

Malgré une opposition énergique nous fendons largement sur la face externe ; le pus est liquide, bien lié, la poche se vide. Nettoyage minutieux, drain. Pansement humide. Laxatif

léger : huile de ricin 25 grammes. Potion de Todd et extrait de quinquina.

Nous gardons la malade en ville pour l'avoir sous la main et nous la surveillons chaque jours. Régression de la tuméfaction, diminution de la suppuration douleur insignifiante. L'appétit renaît, les forces se relèvent.

Le 21 nous constatons une légère tuméfaction de l'articulation, la rotule fléchit sous la pression, il y a du liquide dans la synoviale. Nous craignons l'arthrite purulente : cependant pas de frisson, ni température. L'état général est meilleur, la plaie se cicatrise. Pas de ganglion de l'aîne.

Nous lavons la poche phlegmoneuse, nous retirons le drain et appliquons un pansement sec rigoureusement antiseptique. Bandage ouaté de tout le membre bien serré. Repos absolu.

Malgré les récriminations nous n'enlevons le bandage que le 3 septembre. La plaie est cicatrisée, le genou a repris sa forme mais il est roide et les mouvements sont très difficiles. Nous ne trouvons plus de liquide intra-articulaire. La malade qui depuis quelques jours est aux glycéro-phosphates et à la viola, sentant ses forces revenir, veut absolument retourner chez elle : elle demeure très loin, nous ne la revoyons plus.

En janvier 1898 nous nous rendons chez elle pour avoir des renseignements sur les suites de son affection aiguë. Elle nous dit que sa jambe est restée roide et très douloureuse pendant quatre mois. L'aspect du genou nous paraît normal et nous ne trouvons rien de saillant à noter.

La malade s'est mariée en mai 1897. Elle marche assez facilement mais dès qu'elle fait une course un peu longue la gêne et la douleur reparaissent immédiatement dans le genou.

OBSERVATION XV (Personnelle).

*Phlegmon antéro-latéral du genou. — Albuminurie. —
Incision. — Guérison.*

M. X... , âgé de 12 ans, gardeur de troupeaux.

Antécédents personnels. — N'a jamais été malade.

Antécédents héréditaires. — Père atteint de paralysie générale depuis une dizaine d'années, en stade d'arrêt depuis trois ans. Mère bien portante, a eu, il y a deux ans, un phlegmon de la partie antérieure de la jambe. Frères, sœurs, et collatéraux bien portants,

Histoire. — Le 4 octobre 1896 on nous amène l'enfant qui depuis dix jours souffre dans le genou droit. Nous ne trouvons comme cause que la position à genoux prise par l'enfant pour jouer aux osselets et le froid humide? Nous verrons plus loin que l'albuminurie devait déjà exister, mais à l'état latent.

Après avoir traîné deux ou trois jours il s'est alité. On a mis sur le genou de nombreux cataplasmes de farine d'avoine. Les symptômes généraux sont peu marqués, sauf l'inappétence, l'insomnie et la faiblesse; l'enfant mange fort peu depuis longtemps.

Le genou se présente avec tous les signes de l'inflammation. Rougeur et tuméfaction étendues sur toute sa surface et dépassant les condyles en bas. Douleur intense, mouvements du genou très pénibles, mais encore possibles. La fluctuation est manifeste et facilement perçue. Ouverture immédiate sur la face interne de la tuméfaction parallèlement à l'axe de la jambe. Évacuation du pus, lavage antiseptique.

A ce moment l'enfant perd connaissance. Application d'un pansement humide et piqure d'éther.

Nous le faisons transporter chez lui et prescrivons des bains locaux antiseptiques. Todd et extrait de quinquina.

Le 5, état stationnaire; le 6, mouvement fébrile, température $38^{\circ}3$, pouls 120, douleur de tête intenses, nausées.

Le 7, l'état s'aggrave; le genou qui est en bonne voie de guérison ne nous donnant pas l'explication de cette aggravation dont nous ne trouvons pas l'explication par ailleurs, nous examinons les urines que nous trouvons chargées d'albumine.

Le 8 au matin, nous supprimons le Todd et ordonnons le régime lacté exclusif car l'enfant est somnolent, a du délire tranquille et une soif ardente. L'abattement augmente, le thermomètre marque $39^{\circ}4$, le pouls est à 130. Injection sous-cutanée de caféine.

Le lendemain 9, état stationnaire ainsi que les jours suivants. Pansements humides, lait et injections de caféine.

Le 12, la température baisse, les urines sont plus abondantes, l'enfant est moins somnolent.

Du 12 au 16, l'état s'améliore très lentement: le thermomètre baisse mais en lysis et le 17 au matin la température est normale. A ce moment le pouls se relève et est à 80. L'albumine diminue mais est encore facilement trouvée par la chaleur.

Depuis ce moment jusqu'au 30, l'amélioration s'accroît: l'état général est meilleur, la plaie bourgeonne et se cicatrise. On fait des pansements secs, le lait est continué, nous y joignons un peu de sirop iodo-tannique. L'enfant se lève le 30 octobre.

L'albumine persiste une quinzaine de jours: à la fin de novembre l'enfant reprend son régime habituel.

Quant au genou il est resté roide pendant quelques jours, mais il a rapidement repris sa liberté et ses mouvements.

L'enfant revu en janvier 1898 ne se ressent plus de rien.

OBSERVATION XVI (Personnelle).

Phlegmon antéro-latéral du genou. — Incisions. — Adénites nombreuses de l'aîne et du creux poplités. — Evolution lente guérison.

M. X. . . . âgé de 14 ans, pâtre.

Antécédents personnels — Jamais malade, mais chétif.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose pulmonaire; mère et deux sœurs bien portantes.

Histoire. — Vers le milieu de janvier 1897, à la suite d'écorchures aux pieds (l'enfant étant mal chaussé), se forment des adénites nombreuses aux aînes et aux creux poplités des deux côtés. En même temps, un gonflement inflammatoire s'empare du genou gauche. L'enfant est souvent mouillé, insuffisamment nourri, surmené et mal vêtu. Chaque jour, il décline à mesure que peu à peu se forment l'une après l'autre les adénites signalées plus haut. Nous ne pouvons connaître leur date exacte d'apparition. L'enfant se traîne pendant un moment, mais est enfin obligé de se mettre au lit son genou gauche étant considérablement enflé et très douloureux.

On le soigne, vaille que vaille, avec onguent et cataplasmes jusqu'à la fin de février.

Le 27 de ce mois, on nous fait mander, nous trouvons un enfant émacié, très faible, avec peu de fièvre, 37°6, dans un état de dépérissement absolu.

Pas d'appétit, plus de sommeil. Cependant peu de troubles digestifs. C'est un enfant pusillanime, effrayé de tout ce qu'il voit de nouveau et n'écoutant que les avis des empiriques et des matrones qui le plaignent beaucoup, ce qui frappe énormément son moral mais ne soulage nullement son physique. Aussi est-il difficilement abordable et dès que nous l'appro-

chons, il est pris de pleurs nerveux avec secousses et tremblements. Nous le rassurons de notre mieux et passons à l'examen qui nous devient très pénible vu son irritabilité. Il existe de nombreuses excoriations aux pieds, sorte d'engelures ulcérées au milieu d'une saleté repoussante. Le genou gauche est très tuméfié et l'œdème inflammatoire le recouvre ainsi que la partie supérieure de la face antérieure de la jambe. La suppuration est manifeste surtout au niveau de la tête du tibia et du péroné.

Nous ne trouvons rien dans l'articulation, et malgré l'opposition de l'enfant, les mouvements sont possibles et assez étendus. L'aîne, de ce côté, est pleine de ganglions enflammés dont l'un surtout est considérable et douloureux. Le creux poplité a aussi des ganglions.

Du côté droit, nous trouvons un gros ganglion du volume d'un œuf de poule dans le creux poplité et de nombreux ganglions dans l'aîne.

Malgré les récriminations, nous ouvrons le genou sur le bord latéral interne de la rotule. Le pus écoulé, nous lavons et appliquons un pansement humide. Nous prescrivons des bains locaux, des compresses antiseptiques, une nourriture reconstituante, de l'huile de foie de morue et une potion de Todd au quinquina. Nous ne pouvons ouvrir les ganglions les plus gros, car la personne chez qui est l'enfant s'y oppose formellement.

Revu le 3 mars, l'enfant est à peu près dans le même état. Nous remplaçons l'huile de foie de morue que l'enfant refuse de prendre, par du sirop iodo-tannique.

Le genou est cependant mieux et nous pouvons facilement nous rendre compte que l'articulation est indemne. Le pus s'évacue facilement, mais comme sur le bord externe, nous sentons le pus amoncelé et fluctuant, sans prévenir, nous ponctionnons et relevant le bistouri nous incisons largement.

Cela nous procure une crise nerveuse de l'enfant qui crie d'autant plus qu'il y est encouragé puissamment par les récriminations des personnes qui l'entourent. Nous passons outre et établissons un drain qui, communiquant d'une ouverture à l'autre, facilite l'écoulement du pus. Malgré notre grande envie de porter le bistouri dans l'aine et le creux poplité, nous ne le pouvons, l'enfant et son entourage fixant sur notre main des regards qui ne nous laissent pas de doute sur leur pensée commune.

Nous nous abstenons donc et faisons continuer le même traitement. Les ganglions comme le genou sont recouverts de compresses chaudes à la liqueur de Van Swieten dédoublée.

Du 6 au 21 mars, nous revoyons l'enfant trois fois. Le genou est beaucoup mieux. Nous prescrivons des pansements secs. Continuation du même traitement interne; l'enfant reprend des forces.

A ce moment, sa mère qui est venue le voir, le fait transporter chez une autre parente où l'enfant continue à faire à sa tête et à se promener chaque jour avec des béquilles.

Après quelques semaines de cet état l'enfant est transporté à Paris où il s'en va avec sa mère. A son départ, le genou est encore un peu tuméfié, il rend quelques gouttes de pus et n'est presque plus douloureux.

L'adénite de l'aine gauche n'est pas modifiée, celle du creux poplité droit est considérable, son ouverture est imminente. Les autres ganglions n'ont pas changé.

L'état général est un peu meilleur.

Voici ce que nous recueillons de la bouche même de l'enfant après son retour au pays : Installé dans le service du docteur Brun à l'hôpital des Enfants malades, dès le lendemain de son arrivée, l'adénite poplitée s'ouvre spontanément. On fait des pansements humides tantôt au sublimé tantôt à l'acide borique. On lui donne intérieurement le sirop de Gibert dont

il nous dit avoir bu, pendant son séjour à Paris, trois ou quatre bouteilles. Quelques semaines après il se fait entre les deux ouvertures que nous avons pratiquées au genou, une perforation d'où s'écoule une certaine quantité de pus.

Le même traitement est poursuivi : l'enfant s'améliore lentement jusqu'au 11 août 1897, moment où on l'envoie à Berck-sur-Mer. L'enfant s'y remet complètement et sort en février 1898.

Revu en avril 1898 l'enfant est bien constitué et a repris beaucoup de forces.

Son genou est un peu déformé, principalement au niveau du trou qui s'était fait spontanément et où existe une dépression produite par cicatrisation adhérente. Mais il fonctionne très bien et l'enfant prétend ne plus se ressentir de rien.

L'adénite de l'aîne a diminué peu à peu ainsi que les autres petits ganglions : l'enfant ne peut préciser la date exacte de leur disparition.

OBSERVATION XVII (Personnelle).

*Hygroma pré-rotulien. Phlegmon-arthrite purulente. Incision.
Guérison.*

M^me X..., âgée de 45 ans, laveuse et journalière.

Antécédents personnels. — Régée à 15 ans. Mariée à 30 ans, n'a jamais été malade.

Antécédents héréditaires. — Mère morte de tuberculose pulmonaire. Collatéraux robustes. Fils en bonne santé.

Histoire. — La malade est atteinte d'hygroma de la jambe droite au niveau du tendon rotulien qu'il soulève; le début de cette affection remonte à six ans environ. Il y a cinq semaines le genou a commencé à être douloureux et l'hygroma qui, jusque-là, avait été indolore, s'est enflammé. La malade s'est traînée une dizaine de jours tout en vaquant à ses occupations habituelles.

Les douleurs devenant intolérables il lui a fallu se mettre au lit. Un empirique consulté a donné des *frictions à l'essence de térébenthine*. Le mal a augmenté. Consultation d'une matrone qui prescrit *2 grammes de sulfate de quinine par 24 heures, une purgation saline chaque matin, enfin des onctions avec un onguent sale, rance et plus ou moins souverain*.

La malade ne peut suivre *ce traitement énergique*, elle va de mal en pis : des frissons violents, des vomissements incoercibles, une diarrhée profuse l'épuisent de plus en plus. La tuméfaction envahit la totalité du genou et la face antérieure de la jambe : les ganglions de l'aîne se tuméfient.

Les douleurs sont intolérables, tout mouvement du genou est impossible, l'arthrite purulente se déclare très probable-

ment ces jours-là ; il y a trois semaines qu'elle est couchée, et nous sommes dans les premiers jours de mai 1897.

A ce moment, le pus s'ouvre spontanément un passage sur le côté externe du tendon rotulien ; le surlendemain, autre ouverture spontanée sur la face interne du genou. On applique alors force cataplasmes.

C'est le 20 mai qu'on nous appelle : la malade est très affaiblie, pouls petit, intermittent, température 37° 8, facies typhique, langue saburrale et rôtie, sueurs abondantes, vomissements persistants, diarrhée. Depuis l'ouverture spontanée, il y a un peu de repos. A l'examen local nous trouvons un genou tuméfié, violacé, présentant deux cloaques purulents, et le doigt enfoncé dans celui du côté externe arrive sur la rotule et pénètre dans l'articulation qui est elle-même pleine de pus. Son intérieur est rugueux, mamelonné, parsemé de points durs. La jambe est toute œdématiée.

Nous agrandissons les deux ouvertures préexistantes : principalement du côté externe, pour nous faire un large débridement qui nous permette de laver l'articulation. C'est une sanie infecte qui s'écoule contenant de nombreux débris morbides. Nous nettoyons très minutieusement et appliquons un pansement humide, cachets de salicylate de bismuth et benzo-naphthal (3 par jour) de 30 centigrammes de chaque substance, formulaire n° 12. — Potion extrait quinquina.

Le lendemain, la malade est dans un tel état que nous parlons de l'amputation. En effet, la jambe est violacée, le genou a un aspect horrible, les frissons sont intenses, les vomissements et la diarrhée persistent.

La malade veut attendre et nous déclare ne se soumettre à ce sacrifice qu'à la dernière extrémité.

Même traitement local : glace à l'intérieur ; même traitement : champagne et thé au rhum.

Nous attendons quelques jours, et bien nous en prend.

En effet, vers le 28 mai, la fièvre diminue, les frissons disparaissent, les vomissements cessent ; la diarrhée s'arrête.

Nous ouvrons à ce moment un adéno-phlegmon de l'aîne, et nous lavons à l'eau phéniquée forte.

Les jours suivants, les plaies du genou restent pâles et sanieuses, nous lavons à grande eau l'articulation et les cloaques avec de la liqueur de Van Swieten dédoublée. Puis nous touchons toutes ces parties avec un tampon de ouate hydrophile mbibée du mélange suivant :

Chlorure de zinc... ..	1	gramme.
Glycérine	50	—
Eau.	50	—

et recouvrons d'un pansement sec iodoformé. Nous prescrivons un vin tonique à la coca et kola.

Nous continuons le même traitement pendant dix jours : les cloaques se détergent, les bourgeons charnus apparaissent rouges et de bonne nature, les lèvres des plaies qui sont très vastes s'avancent les unes vers les autres, la cicatrisation se fait.

L'état général s'améliore, la langue se nettoie, l'appétit renaît.

Le 7 juin, nous commençons à faire exécuter nous-même des mouvements au genou et continuons ainsi jusqu'à la fin du mois. En même temps, la cicatrisation des plaies se fait et bientôt nous aurons leur obturation complète.

La malade ne souffre plus, elle dort bien, mange parfaitement et reprend rapidement des forces.

Vers le 10 juillet, les plaies sont fermées, la malade demande à se lever se sentant très robuste.

Nous exigeons encore quelques jours de repos employés à faire du massage et des frictions.

La malade se lève vers la fin de juillet, elle a été près de

trois mois au lit. A peine s'il y a un peu de roideur du genou

Revue bien des fois depuis, la malade est guérie parfaitement et beaucoup mieux que nous n'osions espérer. Elle marche très bien, sa jambe est souple, le genou fléchit parfaitement. Mais il est un peu déformé et on y voit deux dépressions profondes et adhérentes, vestiges indélébiles des ouvertures spontanées et des incisions qui les avaient agrandies.

OBSERVATION XVIII (Personnelle).

Phlegmon du genou guéri par résolution.

M^{lle} X..., 24 ans, domestique d'auberge.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans 1/2. Chétive, mais n'a jamais eu de maladie aiguë.

Antécédents héréditaires. — Père décédé à 62 ans, pneumonie. Mère, 65 ans, arthritique. Frères et sœurs bien portants.

Histoire. — A la suite de fatigues excessives, la malade a commencé à ressentir des douleurs lancinantes dans le genou droit vers le 10 septembre 1898. — Elle s'est trainée pendant quelques jours, mais a été obligée de se coucher, les douleurs devenant aiguës et la tuméfaction apparaissant.

Le 15 septembre, sur le conseil d'une personne, elle applique des compresses d'eau boriquée *loco dolenti*. Sur ces entrefaites elle profite de notre passage pour nous faire demander de la voir.

L'état général est satisfaisant, et bien que la malade prétende avoir eu les jours précédents de la fièvre et des frissons, nous ne lui trouvons aucune température. La langue est un peu chargée ; pas d'appétit.

Le genou droit est tuméfié dans sa totalité, tous les signes extérieurs de l'inflammation existent ; la rougeur et la douleur remontent très haut.

Nous proposons l'incision, la malade s'y refuse prétextant que « *cela n'est pas assez mûr* ».

Nous examinons de nouveau le genou et faisons exécuter à la malade des mouvements de flexion et d'extension qui ne sont pas très douloureux.

Nous ne voyons pas dans ces conditions de désavantage à remettre l'incision, et nous faisons continuer les compresses boriquées recouvertes de taffetas gommé.

Trois jours après, nous revoyons la malade qui a gardé un repos absolu. Nous trouvons que le genou est moins tuméfié et que l'inflammation diminue. — Même traitement.

Le 22, l'amélioration s'accroît et nous nous décidons à ne plus songer à l'incision, tellement elle est peu utile ou du moins nous paraît telle désormais.

Réaction générale toujours insignifiante. L'œdème inflammatoire a beaucoup diminué, plus de rougeur, douleur insignifiante. La malade se trouve beaucoup mieux.

Nous plaçons un bandage ouaté compressif qui recouvre une large application de vaseline iodoformée dont nous avons enduit le genou,

Ce pansement est laissé en place jusqu'au 30 ; à ce moment le genou a repris un aspect normal et nous permettons à la malade de marcher.

Elle a porté, par une mesure de précaution, une genouillère ouatée pendant quelque mois. Maintenant (mars 1898), elle marche très bien et ne se ressent plus de rien.

OBSERVATION XIX (Personnelle).

*Phlegmon du genou compliqué de phlegmon diffus de la jambe.
Incisions. — Guérison.*

M. X..., âgé de 9 ans, est chez ses parents où il garde les troupeaux.

Antécédents personnels. — Enfant chétif, n'a eu cependant aucune maladie.

Antécédents héréditaires. — Père, mère, frères et sœurs bien portants. Un frère mort à 3 ans de maladie inconnue.

Histoire. — On nous amène l'enfant le 4 novembre 1897 à notre passage : il est allongé sur la paille dans une voiture à bras, nous le faisons porter sur un lit. Le pied, la jambe, le genou et la cuisse jusqu'à la moitié, sont envahis par le pus : c'est le phlegmon diffus de tout le membre inférieur gauche. Le diagnostic saute aux yeux. Le pus a envahi le creux poplité et menace de sortir sous une peau tendue.

Le père nous donne les renseignements suivants : il y a environ trois semaines l'enfant fit une chute en courant. Il tomba très fortement sur les genoux d'abord, puis, par la vitesse acquise, s'allongea complètement ; on fut obligé de le relever, les mains et la figure étaient en sang, on le lava à l'eau salée. Deux jours après il commença à se plaindre de sa jambe gauche, qu'à l'examen le père trouva égratignée au niveau du genou, qui était lui-même légèrement enflé. Peu à peu la tuméfaction augmenta et envahit la totalité du genou. Les parents étant dans une situation précaire n'osaient le faire soigner. Après être restée quelques jours limitée au genou, la tuméfaction s'étendit à la jambe puis au pied. Elle envahissait en même temps le creux poplité et remontait tout le long de

la cuisse. Il y avait quatre jours que l'enfant n'avait plus de position, ne dormait plus, avait du délire, et s'en allait à grands pas.

C'est alors que le père, qui habite à cinq lieues du médecin le plus rapproché, connaissant notre passage à une lieue de chez lui, nous amène l'enfant que nous trouvâmes dans l'état indiqué plus haut. De plus, la face est grippée, le corps amaigri, la peau terreuse, la langue rouge vif; pouls, 120; température, 38°4. Ganglions enflammés dans l'aîne, mais peu tuméfiés. Ganglions cervicaux en chapelet mais non enflammés.

Nous faisons immédiatement donner un grand bain local d'eau phéniquée, faible pendant vingt minutes et nous pratiquons quatre ouvertures: l'une dans l'axe du creux poplité; la seconde sur le bord interne du tibia au dessus du mollet; la troisième sur le bord externe de la jambe au dessous du mollet; la dernière directement sur le dessus du pied parallèlement à l'extenseur du gros orteil. De chaque ouverture coule un pus abondant. Nous laissons un drain dans chaque plaie et entourons le membre de compresses phéniquées chaudes.

Nous recommandons de reconduire immédiatement l'enfant chez lui et prescrivons trois cachets de vingt centigrammes chacun de sulfate de quinine à prendre dans les vingt quatre heures, lait, grog. Changer très souvent les compresses phéniquées et venir le lendemain chez nous en nous apportant des urines.

Nous ne trouvons pas d'albumine, le lendemain, dans les urines que nous apporte le père: elles ont bon aspect quoique un peu rouges. L'enfant a dormi assez bien, mais a eu quelques cauchemars. Nous prescrivons les bains locaux phéniqués, deux par jour, et l'enveloppement du membre avec des compresses antiseptiques chaudes que nous recommandons à

l'acide borique pour éviter l'intoxication possible par l'acide phénique. Nous continuons chaque jour deux cachets sulfate de quinine 15 centigrammes, et salol 30 centigrammes pour un cachet n° 10.

De plus, sirop iodo-tannique que nous faisons alterner tous les dix jours avec du sirop de lacto-phosphate de chaux. Ces sirops furent continués pendant trois mois.

Le 10 novembre, le père vient nous donner des nouvelles : l'enfant dort bien, mange de bon appétit, commence à reprendre quelques forces. Les plaies suppurent toujours, mais la jambe a beaucoup diminué. Plus de cauchemars, ni de frissons fébriles.

Le 19, nouvelles par lettre. Le mieux continue, mais la suppuration persiste. Les forces reviennent et l'enfant s'assied seul sur son lit.

Nous nous trouvons de passage dans les premiers jours de décembre et nous faisons amener l'enfant. Il est beaucoup mieux ; l'état général est très satisfaisant. Les plaies bourgeonnent, la jambe a repris sa forme normale, le genou exécute des mouvements sans difficulté. Les ganglions de l'aîne sont en voie de résolution. Nous supprimons les drains et ordonnons des pansements secs à l'iodoforme et solol.

Il y a juste trente-deux jours que les incisions ont été pratiquées.

Nous avons revu l'enfant en mars 1898, il va bien et a repris beaucoup de forces ; son genou fonctionne parfaitement. Son père nous dit qu'il s'est relevé le 18 décembre et qu'il marche depuis ce temps. La plaie du creux poplité a été la dernière à se cicatriser ce qui n'a eu lieu complètement qu'au milieu de janvier.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Au point de vue du diagnostic, deux questions se posent ; ce sont les suivantes :

1° L'épanchement est-il péri-articulaire ou intra-articulaire ?

2° Est-ce un épanchement purulent ?

Au début, le diagnostic n'est pas toujours facile ; les lésions sont encore très peu prononcées et il peut être difficile de dire en face de quelle affection on se trouvera ; mais lorsque les accidents du commencement sont apaisés, quand le gonflement diffus se limite et se précise, le diagnostic devient possible.

Alors il faut s'assurer qu'il n'y a pas d'épanchement articulaire, c'est l'examen place par place des parties constituées de la région qui donnera des renseignements précis. Il faut rechercher la rotule, voir si elle n'est pas masquée par une nappe purulente, soulevant la peau devant elle : ici, la recherche du choc rotulien est de première importance : on refoulera donc des deux mains appliquées, l'une à la partie antéro-supé-

rieure, l'autre à la partie antéro-inférieure du genou, le liquide ; s'il est intra-articulaire, la rotule soulevée fera saillie en avant, et les deux index appuyant sur elle pourront la déprimer, chasser le liquide vers la périphérie, et permettre à la face articulaire de cet os, de venir s'appliquer sur la poulie fémorale, en donnant une sensation de choc, non douteuse. Si au contraire l'articulation n'est pas en cause, on ne saurait obtenir ce résultat.

La tuméfaction du genou, dans les épanchements peri-articulaires, est ordinairement plus prononcée d'un côté que de l'autre, au lieu d'être régulière ; la rotule non soulevée est parfois déviée de sa direction normale. La fluctuation est plus superficielle, et la jambe peut être étendue sur la cuisse bien plus complètement qu'avec un épanchement intra-articulaire. Dans ce cas, en effet, le plus petit mouvement imprimé à l'articulation, si imperceptible qu'il soit, est extrêmement douloureux. Enfin il n'existe aucun mouvement anormal de latéralité. On pourra donc éliminer facilement l'hydarthrose, l'hémarthrose, etc.

Lorsqu'on aura bien précisé le siège péri-articulaire de l'épanchement, il faut en démontrer la nature et le lieu d'élection précis. L'épanchement purulent se reconnaît assez facilement par les phénomènes inflammatoires et l'œdème des téguments, par la coloration de la peau et l'élévation de la température locale.

Enfin les phénomènes généraux viennent compléter le diagnostic. Mais s'agit-il d'un phlegmon ou d'un

hygroma suppuré ? Le siège exact du gonflement, son défaut de limitation précise, permettront de répondre à cette question. On ne confondra pas non plus avec un épanchement hémorrhagique péri-articulaire, comme en a signalé Flandrois dans sa thèse, cet épanchement sanguin et immédiat après l'accident, tandis que la suppuration ne s'établit et ne se collecte qu'au bout de quelques jours et progressivement. L'épanchement sanguin est d'abord mou et fluctuant et devient souvent dur ensuite par coagulation. On y sent alors de la crépitation sanguine et la tumeur est entourée d'une zone empatée, formant un véritable bourrelet très dur. Dans le phlegmon au contraire, la tumeur est d'abord vague, dure, rénitente et empatée ; c'est ensuite qu'elle se ramollit et devient fluctuante. Enfin on voit apparaître souvent la lymphangite trajective réticulaire et l'engorgement ganglionnaire de l'aîne. De plus, la peau s'enflamme et si l'affection n'est pas traitée convenablement, il y a tendance à l'ouverture spontanée au dehors.

Il est bon de remarquer toutefois que l'épanchement sanguin peut s'infecter secondairement et donner ainsi naissance à un véritable phlegmon.

Le pronostic ne présente pas de gravité dans la majorité des cas, à la condition que l'affection soit reconnue et convenablement traitée aussitôt que possible. Il dépend d'ailleurs beaucoup de l'état général du malade ; si le sujet est épuisé, s'il est diabétique ou alburnimurique, le pronostic devient très sérieux à

cause des phénomènes d'inflammation générale qui peuvent se manifester en pareil cas, et de la gangrène qui est toujours à redouter chez ces malades.

Il va sans dire, que les complications dont nous avons précédemment parlé, assombrissent le pronostic si elles se produisent.

Enfin, au point de vue de la fonction ultérieure du membre il est bon d'établir quelques réserves, surtout lorsqu'on a comme malades des arthritiques ou des rhumatisants. Chez ces derniers il faut toujours compter avec des roideurs articulaires plus ou moins rebelles, qui pourront pendant des semaines ou même des mois apporter une gêne considérable dans la fonction du membre.

Ces roideurs nous ne les avons jamais vues persister d'une façon définitive, mais elles peuvent se prolonger et réclament par conséquent l'attention du chirurgien qui devra leur opposer un traitement méthodique et patient, car elles sont souvent assez rebelles.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Quelle est la thérapeutique qu'il convient d'opposer au phlegmon périarticulaire du genou ? Au début, quel qu'en soit le siège antéro-latéral ou postérieur, le traitement est le même ; l'action du chirurgien présentera quelques différences, suivant les localisations de la collection purulente dès qu'elle sera formée.

Au début, lorsque le malade est observé peu de temps après l'accident, il faut tenter la résolution ; elle n'est pas fréquente à vrai dire, mais elle existe cependant et nous en avons rapporté deux exemples dans nos observations. Le meilleur traitement sans conteste est alors l'application locale d'un pansement humide à l'eau boriquée ou à la liqueur de Van Swieten ; il faut mettre par dessus un morceau de taffetas gommé dépassant largement les compresses humides pour que l'évaporation soit retardée autant que possible. Il va sans dire que s'il existe une plaie ou une érosion, on devra de ce côté procéder à un nettoyage minutieux avec une solution antiseptique.

L'onguent napolitain belladonné, en onctions sur le genou, donne aussi d'assez bons résultats, mais il ne calme pas mieux la douleur que le pansement humide bien fait et son action résolutive ne nous semble pas meilleure. Il a, du reste, l'inconvénient d'irriter les téguments, et son application devient impraticable quand il existe une plaie ou des érosions à la peau. Si on en fait usage, on recouvrira d'un bandage compressif ouaté de tout le membre.

Le malade sera condamné au repos le plus absolu, le membre inférieur restant allongé, sans aucun inconvénient, sur des coussins disposés de telle façon que le talon se trouve dans une position un peu surélevée. Il ne faut pas prolonger trop longtemps ce traitement ; la région malade doit être surveillée de très près et l'intervention active ; l'incision, quand elle est nécessaire, doit être faite de bonne heure.

Dans les phlegmons poplités en particulier, il ne faut pas attendre pour ouvrir que la fluctuation soit devenue superficielle, ce serait s'exposer à laisser se produire de graves désordres. Ainsi donc, aussitôt que la collection purulente se fait, il faut inciser largement.

Cette intervention peut parfaitement se faire avec une simple anesthésie locale, par exemple avec des pulvérisations de chlorure d'éthyle qui réduisent beaucoup la douleur.

Dans les phlegmons poplités, l'incision sera faite parallèlement à l'axe du membre et suivant la bissec-

trice du losange que représente la région. On incisera franchement et successivement sur une étendue de 6 à 8 centimètres la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose en ayant soin de ménager à la partie inférieure la crosse de la veine saphène externe qui vient là plonger dans la profondeur pour déboucher dans la veine poplitée. Laissant alors l'instrument tranchant de côté pour ne pas risquer de léser l'important paquet vasculo-nerveux, on déchirera avec la sonde cannelée pour arriver dans le foyer de la suppuration.

Dans le phlegmon antéro-latéral, l'incision sera faite dans le point le plus fluctuant ; parfois deux incisions sont nécessaires, quand on a affaire à un phlegmon large s'étendant des deux côtés de la rotule. On incisera donc parallèlement à l'axe du membre, du côté de la rotule, sans craindre de débrider largement.

Le doigt explore le foyer purulent et recherche les prolongements qui peuvent exister surtout vers la partie supérieure. On passe ainsi sur la rotule et l'on peut, en s'appuyant directement sur elle, voir s'il n'y a pas un épanchement intra-articulaire ; si la suppuration entame la rotule et l'encadre pour ainsi dire supérieure-ment, il faut deux incisions, par lesquelles, les deux index introduits, arrivent à se toucher.

C'est ici le lieu de discuter le lavage de la poche purulente. Certains chirurgiens pensent que les lavages sont inutiles et que la guérison survient aussi vite

avec une incision simple mais large et un bon drainage, qu'avec un ou plusieurs lavages.

On a même été jusqu'à incriminer le lavage de produire des accidents. D'autres au contraire le préconisent mais avec certaines précautions : il faut faire un lavage et non une injection sous pression forte.

Il nous a semblé que le lavage donne dans l'espèce de bons résultats ; sans doute, lorsqu'on incise un abcès chaud, assez bien limité et de peu d'étendue, le lavage antiseptique n'est pas indispensable ; sans doute encore le lavage, surtout sous pression, doit être proscrit, lorsqu'on incise une appendicite suppurée aiguë, car on risquerait ainsi de forcer et de détruire des adhérences péritonéales qui limitent le foyer et dont l'importance n'échappe à personne. Mais dans un phlegmon périarticulaire du genou les conditions sont bien différentes. La suppuration est assez étendue, les symptômes d'infection générale sont assez accusés d'ordinaire et l'on n'a pas à craindre par un simple lavage de rompre des adhérences et de pousser plus loin l'infection. A coup sûr le passage d'un liquide antiseptique ne saurait détruire sur-le-champ les colonies microbiennes, mais il a son avantage incontestable, nous semble-t-il. Il balaie la cavité suppurée, la débarrasse des parties mortifiées et entraîne ainsi une certaine quantité de germes infectieux. Il gêne d'autre part l'évolution de ceux qui restent.

Le lavage a encore pour avantage d'exciter les tissus,

de réveiller leur vitalité et de déterminer une réaction locale salubre aboutissant à la défense de l'organisme et à la phagocytose plus complète et plus active.

Pour toutes ces raisons nous croyons que le lavage sans pression doit être fait et rend des services dans les plegmons du genou.

La poche purulente est ensuite bien drainée et protégée par un pansement humide pendant les premiers jours. Ensuite, on a recours aux pansements secs à la gaze iodoformée ou la gaze au salol.

Quand la suppuration s'atténue, et au fur et à mesure que la cavité se comble par bourgeonnement, on diminue la longueur du drain pour arriver à le supprimer complètement.

Aussitôt la cicatrisation à peu près obtenue, il faut songer à la fonction de la jointure. C'est alors que le massage rendra de véritables services; on le combinera en particulier avec des mouvements progressifs. S'il persistait d'ailleurs quelques douleurs et un peu de roideur articulaire, les douches sulfureuses et les bains de vapeur pourraient être utilement adjoints au massage.

Dans ces conditions, la guérison complète peut généralement être obtenue, et il ne reste aucune trace de l'affection que la cicatrice opératoire.

CONCLUSIONS

Nous terminerons cette modeste étude par les quelques réflexions suivantes qu'elle nous a suggérées et qui nous semblent découler de la lecture de nos observations.

1° Les phlegmons péri-articulaires du genou sont des affections fréquentes, surtout à la campagne ;

2° On peut les diviser en phlegmons antéro-latéraux, larges ou circonscrits, et en phlegmons poplités ;

3° Leurs causes sont multiples et leur fréquence égale dans les deux sexes, au moins dans la clientèle rurale ;

4° Ils s'accompagnent souvent d'adénites et d'adéno-phlegmons de l'aîne, parce que les malades attendent l'apparition de symptômes alarmants pour venir réclamer un traitement rationnel. D'ailleurs ils ne viennent trop souvent consulter qu'après avoir essayé de tous les traitements des empiriques, qui la plupart du temps ont pour résultat d'aggraver les lésions ;

5° Il faut au début tenter la résolution si la collection du pus ne s'est pas encore faite. Mais le plus souvent l'affection continue son évolution et il ne faut pas s'attarder à ce traitement ;

6° Aussitôt que la collection purulente est soupçonnée, le traitement qui s'impose est l'incision large parallèle à l'axe du membre, suivie de lavages antiseptiques sans pression et de drainage ;

7° Il peut persister après la cicatrisation des roideurs articulaires, parfois assez rebelles, qui doivent être combattues. Dans ces cas, la mobilisation hâtive et progressive, le massage régulier de la région, les bains de vapeur et les douches sulfureuses amènent ordinairement la guérison complète.

Vu : Le Président de la Thèse,
BERGER.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

